



Complejo Asistencial
de Zamora

NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora

Octubre 2011; Vol. VII N° 3

Versión digital ISSN:1578-7516

EDITORIAL

1. N. A. Cruz Guerra; Director en funciones de la revista Nuevo Hospital.
-

ORIGINALES

2. Estudio preliminar evolutivo en el paciente paliativo

Parte I: Calidad de vida

E. Martínez Velado
A.A. Merino Iglesias

36. Estudio preliminar evolutivo en el paciente paliativo

Parte II: Dolor

E. Martínez Velado
A.A. Merino Iglesias

IMÁGENES EN MEDICINA

68. Neoplasia renal en adulto joven

E. Martínez Velado
N.A. Cruz Guerra
J.M. Sánchez Barrado
M.J. Baizán García
R. Jorge Sánchez

CARTAS AL DIRECTOR

71. Presentación del Grupo de Investigación en Enfermería

A. González Sanz
C. Villar Bustos
M.S. García Calderón
Y. Martín Vaquero

73. Normas de publicación

NUEVO HOSPITAL

Dirección

Beatriz Muñoz Martín
Nicolás Alberto Cruz Guerra (Director en funciones)

Secretario

Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

Comité Editorial

Juan Carlos García Vázquez
Carmen Villar Bustos

Fundada en 2001 por el
Dr. José L. Pardal Refoyo

© Copyright 2011. Reservados todos los derechos.
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Edita:
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Diseño y realización:
Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

Nuevo Hospital, con ISSN 1578-7516 (versión digital), y de periodicidad cuatrimestral (3 n° al año) es el órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora.
<http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora>

Correo electrónico :
revistanuevohospital@saludcastillayleon.es

Los trabajos publicados en *Nuevo Hospital* reflejan la opinión de sus autores. El Comité Editorial no se responsabiliza necesariamente de los criterios y afirmaciones expuestas.

Este editorial constituye un motivo múltiple de agrado. En primer lugar porque se publica un nuevo número de la revista Nuevo Hospital, correspondiente a un periodo especialmente complejo para recordar la importancia de la publicación científica como es la época de vacaciones estivales. En segundo lugar, porque se objetiva la existencia de compañeros/ as del Complejo Asistencial implicados en la parcela investigadora de la actividad profesional. En tercer lugar porque muchos otros han expresado la intención de colaboración con el envío futuro de sus trabajos (que espero fructifiquen en realidades tangibles). Por último, y no por ello menos importante, me complace asimismo contar nuevamente entre nosotros con Beatriz Muñoz Martín, dada su reincorporación como responsable de la Biblioteca tras baja maternal, si bien esta situación va a ser transitoria, teniendo en cuenta la confirmación de su nueva expectativa de maternidad. Tengo el convencimiento de que su labor durante este periodo de actividad resultará plenamente satisfactoria.

Tanto a ella, como al equipo de dirección del Complejo, encabezado por Rafael López Iglesias debo expresar mi gratitud por la confianza depositada de cara a la dirección en funciones de esta publicación. Gracias además por el esfuerzo a los autores que han aportado sus artículos hasta ahora.

Mi compromiso con Nuevo Hospital continúa, por tanto. Continuaré implicado en este proyecto intentando colaborar en la consolidación progresiva y mejora continua que debe afrontar la revista como retos futuros.

Un afectuoso saludo a todos los componentes del Complejo Asistencial de Zamora.

Nicolás Alberto Cruz Guerra
Director en funciones de la revista Nuevo Hospital

EDITORIAL

Estudio preliminar evolutivo en el paciente paliativo. Parte I: Calidad de vida

E. Martínez Velado

MIR del Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

E-mail: emvelado@hotmail.com

A.A. Merino Iglesias

MIR del Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid (España).

RESUMEN

Objetivo: Análisis evolutivo de las modificaciones en la calidad de vida (CdV) y descripción de sus diferentes esferas, en pacientes paliativos.

Método: Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de los nuevos pacientes (n=40) incluidos en tratamiento paliativo en el Complejo Asistencial de Zamora en el periodo comprendido desde el 1 de octubre de 2010 al 31 de marzo de 2011.

Criterios de inclusión: índice de Karnofsky >30; mayor de 18 años, ausencia de disfunciones cognitivas, y consentimiento por parte del paciente y de sus familiares. Los instrumentos utilizados fueron: protocolo clínico de recogida de datos y de consentimiento; Índice de Karnofsky, cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 (versión 3.0) y sistema de análisis de datos con el paquete estadístico SPSS 16.0.

Información obtenida por medio de entrevistas a los enfermos (basal, a los 15 y a los 30 días), de manera presencial en las visitas programadas o comunicación telefónica en pacientes a los cuales no se les podía visitar en los periodos establecidos para la realización de la entrevista.

Resultados: Diferencias significativas en las esferas emocional y sintomática entre la segunda y tercera medición temporal. Asimismo se aprecia la existencia de significación estadística al comparar las mismas esferas mencionadas, en el mismo periodo citado, al vincularlas al índice de Karnofsky. Por último cabe destacar que respecto al sexo sólo se ha encontrado una diferencia significativa en la esfera sociofamiliar, en el periodo de los primeros 15 días, cuando se vincula al género del paciente.

Conclusiones: En todas las esferas analizadas se observa una mejoría inicial en las primeras determinaciones, produciéndose posteriormente un descenso gradual y progresivo en los resultados. Las medidas de control sintomático se han mostrado eficaces en mantener la percepción de CdV que presentan nuestros pacientes pese a la evolución de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos. Calidad de vida. Medición.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las personas con cáncer ha estado dirigido tradicionalmente hacia la curación, prolongación del tiempo de supervivencia y la reducción del tamaño tumoral, aunque en algunos casos estos objetivos no se consiguen y cobra primordial importancia el bienestar del paciente y de su entorno. Por todo ello el manejo efectivo en cualquiera de las fases de evolución de la enfermedad requiere, junto con el intento de control del tumor, maximizar la sensación de bienestar y calidad de vida (CdV), cobrando día a día una mayor importancia la promoción de ésta^{1, 2, 3}. Todo ello se ha visto refrendado en los últimos tiempos con el desarrollo producido en este campo, si bien existen discrepancias en torno al concepto y la medición de la CdV⁴.

a)-DEFINICION DE CALIDAD DE VIDA:

Actualmente el concepto de CdV se utiliza en el lenguaje cotidiano refiriéndose al bienestar, confort y subjetividad; todo ello dentro de una esfera multidimensional, aunque no estén claras dichas dimensiones, los parámetros y los elementos que la componen.

La OMS define el término como el bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad .

Con respecto a la CdV en Oncología, se entiende ésta como la valoración que hace el paciente respecto a la medida en que cree que el estado de su salud ha afectado a su vida cotidiana o a determinados aspectos de la misma en un tiempo concreto, incluyendo los efectos de la enfermedad y los tratamientos que recibe, considerándose para ello importantes la subjetividad de la evaluación, la multidimensionalidad⁵, la temporalidad y la relación con el estado de salud que presente.

b)-MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA:

-Importancia de conocer su medición.

En la actualidad no hay un claro consenso sobre las dimensiones que componen la CdV, aunque sí un cierto acuerdo para incluir las áreas de salud que se ven afectadas por la enfermedad y los tratamientos administrados: los componentes de los síntomas y los efectos secundarios de los tratamientos, el funcionamiento físico entendido como la capacidad de realizar diferentes tareas, el funcionamiento psicológico, el estado de ánimo y el funcionamiento social referido a la interacción con otras personas de la comunidad^{6,7}.

Dicho todo esto, se puede entender perfectamente que la CdV es un fenómeno subjetivo, por lo que es el paciente quien mejor puede medirla^{8, 9, 10}. La percepciones de éste acerca de su enfermedad y de su situación son variables, y los factores psicológicos pueden influir en la valoración¹¹, por todo ello debe de ser el sujeto quien realice la valoración ya que las observaciones de otras personas pueden estar influenciadas por su propia escala de valores y la situación de su vida, y ésta puede ser muy diferente a la del enfermo, ya que en algunas ocasiones pueden sobre o subestimar la valoración del paciente; si bien, pese a todo esto, en ocasiones la valoración de personas cercanas puede ser de gran utilidad de cara a estudiar el impacto de la enfermedad en el sistema familiar.

Con todo ello se tiene que tener en cuenta que la valoración de la CdV es temporal y dinámica, pudiendo variar a lo largo de la enfermedad en ambas direcciones, y así incluso se pueden encontrar valoraciones altas durante la progresión de la enfermedad en pacientes cuya patología se encuentra avanzada en los cuales existe una estabilización en los síntomas y presentan una buena adaptación a la enfermedad.

El conocimiento de la medición de la CdV nos permite evaluar el funcionamiento del paciente en las diferentes áreas (psicológica, física, social) desde el punto de vista que aquél siente; ayuda a decidir los tratamientos que se ofrecen a los mismos de forma individualizada, y también a mejorar las intervenciones que se realizan al considerar las preferencias de los pacientes, ya que de esta manera ellos pueden ponderar los efectos de los diferentes tratamientos que reciben y como estos les afecta a su CdV; ayuda asimismo en la práctica clínica a lograr una evaluación más profunda de aquellas áreas que habitualmente no se consideran, o no se tienen en cuenta de manera suficiente; orienta a las intervenciones de los profesionales para ofrecer a los pacientes las medidas que puedan mejorar su CdV; ayuda a predecir la evolución de la enfermedad basándose en distintos estudios (así por ejemplo, puntuaciones bajas de la CdV pueden estar en relación con una evolución negativa del tumor). Con todo ello, si las medidas de las que disponemos para la medición de la CdV son sensibles, nos servirán para la detección temprana de pequeños cambios que se produzcan en el estado físico o psíquico del paciente permitiendo intentar mejorarlo¹².

-Instrumentos empleados.

Los instrumentos utilizados y probados para su medición presentan propiedades psicométricas, y la mayoría de ellos han sido empleados tradicionalmente en fases iniciales de la enfermedad, aunque en los últimos tiempos, debido a la importancia creciente de cuantificar la percepción global del estado de salud de estos pacientes, se tiende a extender su ámbito de aplicación a enfermos para los cuales el objetivo no es la curación, siendo adaptados sus cuestionarios para dicho contexto^{13,14}.

Por ello, y para que estas mediciones sean útiles y aplicables, se necesita poder llevar a cabo esta medición de la CV con instrumentos estandarizados que actualmente en Oncología se busca formular mediante una cooperación internacional de cara a la construcción de cuestionarios que evalúen las

características de las poblaciones de distintos países, y así lograr uniformidad aplicable a todas las poblaciones.

Hoy en día los estudios de CdV se enfocan a diferentes campos como la práctica clínica, evaluación de tratamientos o análisis económicos, siendo la primera reconocida como una variable de las más importantes, a fin de poder ofrecer a los pacientes las mejores intervenciones posibles.

Con este intento de ponderar la CdV en los pacientes se pretende conocer los parámetros que disminuyen la misma, incidiendo en los puntos que precisen mayor atención, permitiendo reevaluaciones en el tiempo, o tras aplicar las medidas oportunas. Por todo ello se hace de vital importancia conocer los motivos que limitan la CdV en los pacientes oncológicos, así como la evolución de los mismos, ya sea durante los tratamientos con finalidad curativa o contenedora del tumor, y sobre todo, en los estadios finales o terminales de la enfermedad, durante el cual la principal motivación no es "el curar", sino el de "cuidar" al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad, buscando el confort del mismo y de su familia, intentando así con ello mejorar la CdV, y resultando éste el principal objetivo de la atención sanitaria: tratar de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte¹⁵. Con esta finalidad surgió una nueva forma de atención sanitaria integral que se denominó "cuidados paliativos".

c)-CUIDADOS PALIATIVOS.

-Origen:

La base conceptual de los cuidados paliativos comenzó en Londres en los años setenta con la filosofía "hospice", cuando la doctora [Cicely Saunders](#) ([Premio Templeton](#) en 1981) promueve un primer centro médico dedicado a la atención de enfermos terminales que será referencia para todo el mundo. En sus orígenes es patente la esencia profundamente [cristiana](#) de los cuidados paliativos. Así se explica en el acta fundacional de este primer centro de paliativos: "El St. Christopher's Hospice está basado en la fe cristiana en Dios, a través de Cristo. Su objetivo es expresar el amor de Dios a todo el que llega, y de todas las maneras posibles; en la destreza de la enfermería y los cuidados médicos, en el uso de todos los conocimientos científicos para aliviar el sufrimiento y malestar, en la simpatía y entendimiento personal, con respeto a la dignidad de cada persona como hombre que es, apreciada por Dios y por los hombres. Sin barreras de raza, color,

clase o credo". Rápidamente después, se extendieron, primero por el mundo anglosajón, y luego por Europa y otros países.

Los cuidados paliativos recuperan la forma más profunda de comprender y atender al paciente terminal que late en la Medicina. Intentan dar respuestas al descontento de los profesionales y de la sociedad que estaban ignorando necesidades clave de [alivio del sufrimiento](#) para el enfermo avanzado e incurable y para su familia, necesidades que habían quedado escondidas quizá detrás de la búsqueda de [progreso científico](#) y de los avances técnicos que la medicina ha experimentado en el siglo XX.

-Definición y características:

Existen múltiples definiciones de cuidados paliativos, así:

La [Sociedad Europea de Cuidados Paliativos](#) los define de la siguiente manera: "Los cuidados paliativos son aquellas atenciones que se dan a un paciente con una [enfermedad](#) potencialmente mortal, en fase avanzada y al que no afectan los tratamientos curativos".

Según la [OMS \(Organización Mundial de la Salud\)](#): "Los cuidados paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales".

El [Instituto Nacional del Cáncer \(National Cancer Institute\)](#) da la siguiente: "El cuidado paliativo es la atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o potencialmente mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo más rápidamente posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de una enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo, y tratamiento de los síntomas."

"Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y a sus seres queridos. Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la CdV, es decir, en la

paz, la comodidad y la dignidad. Una de las metas principales de los cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible. Los servicios de cuidados paliativos están disponibles para personas que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos. Los programas de cuidados paliativos proporcionan servicios en varias situaciones: en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos. Las familias de los pacientes son también un enfoque importante de los cuidados paliativos, y los servicios están diseñados para proporcionarles la asistencia y el apoyo que necesitan".

Por lo anteriormente expuesto se hace asimismo imprescindible definir al paciente terminal o paliativo.

Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), se entiende por tal, aquel enfermo en el que se encuentran los siguientes elementos fundamentales:

- 1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- 2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- 5. Pronóstico de vida inferior a seis meses.

Dada la dificultad para establecer pronósticos de supervivencia el valor de este último punto es únicamente estadístico, el paciente terminal tiene por definición una expectativa de vida corta y nuestro objetivo debe ser un control efectivo de los síntomas mejorando en lo posible su CdV.

Para considerar a una enfermedad como terminal nos basaremos en unos parámetros objetivos y en la propia situación del enfermo (nivel de autonomía, síntomas, capacidad de relación) más que en la posibilidad de fallecimiento a corto plazo. Es importante diferenciar los pacientes terminales de aquellos que se encuentran en un estadio avanzado de su enfermedad, con pocas posibilidades de curación pero que son capaces de responder potencialmente a tratamientos específicos que no han

sido aplicados y podrían aumentar la supervivencia y/o mejorar la CdV si son eficaces; y así, enfermedad metastásica avanzada no tiene por qué ser sinónimo de enfermedad terminal.

El paciente terminal, precisa por tanto de la atención de unidades especializadas en cuidados paliativos que son definidos por el Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa de Europa contra el Cáncer como la "Atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familiares por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo".

Por lo anteriormente dicho se hace necesario determinar claramente cuáles son las características y los objetivos de estos programas de cuidados paliativos entendiendo que representan una novedad sólo a nivel institucional. Es decir, supone novedad desde el momento en el que han surgido y se han desarrollado iniciativas o políticas sanitarias, programas específicos, equipos especializados, hospitales, unidades, etc... aunque algunos, hoy, entienden los cuidados paliativos como una nueva filosofía, un nuevo modo-de-hacer en Medicina.

Las características peculiares del sistema de cuidados paliativos, que le diferencian del sistema tradicional de atención al enfermo en situación terminal, serían las siguientes:

- En este tipo de asistencia la unidad de cuidado está constituida por el paciente más la familia. Es esencial incluir a la familia completa para conseguir que la atención al paciente sea la mejor posible.
- El equipo de asistencia es multidisciplinar: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes pastorales y personal voluntario.
- Por la situación terminal de enfermedad en la que se encuentran los pacientes que reciben cuidados paliativos, los tratamientos empleados frente al dolor y demás síntomas físicos serán principalmente de intención paliativa. Además, el equipo debe proporcionar el soporte necesario para vencer el estrés psicosocial y aminorar las preocupaciones que afectan a la familia y a la mayoría de los pacientes.

- Casi por definición, por su carácter interdisciplinar y por estar centrada en el paciente, la medicina paliativa es integradora y no supone una exclusión de otros especialistas ni de tratamientos activos que tengan la misma intención paliativa y miren primordialmente por el bienestar del paciente. Por subrayar la novedad o diferencia de los cuidados paliativos en los comienzos, esta característica integradora ha podido no estar presente. Modernamente, reflejando el mayor interés en las especialidades relacionadas, especialmente en Geriátrica y Oncología, la Medicina Paliativa se ha incluido en ellas con denominaciones más amplias como "cuidados al final de la vida" o "cuidados continuados en Oncología".
- Los cuidados paliativos suponen donde se implantan un cierto cambio estructural para proporcionar garantías de asistencia paliativa al enfermo terminal en el momento y también en el lugar que se necesite, y con las características habituales en cuidados paliativos: atención global por un equipo interdisciplinar y que siempre incluya a la familia.

Las características que promueven este modelo de atención serían las siguientes:

- Unidad de Cuidado: paciente y familia.
- Equipo multidisciplinar.
- Tratamientos de intención paliativa.
- Carácter integrador en otras especialidades y terapias.
- Asistencia siempre disponible.

-Funciones y recursos:

La medicina paliativa no tiene relación alguna con la eutanasia, ya que ninguna actividad desarrollada se realiza con la finalidad de acabar con la vida del paciente.

Aunque inicialmente los cuidados paliativos se desarrollaron para asistir a los pacientes con enfermedades terminales neoplásicas, la tendencia es a aumentar su campo de acción ya que existen numerosos enfermos con patologías crónicas no cancerosas en situación avanzada que pueden beneficiarse de la aplicación de los mismos. Aunque las características y terapias específicas varían en

cada una de estas enfermedades, los objetivos generales del tratamiento son comunes.

Los cuidados paliativos, y por extensión los equipos de cuidados paliativos deben principalmente:

- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas.
- Defender la vida, pero contemplar la muerte como un proceso natural.
- No intentar acelerar ni posponer el fallecimiento.
- Incorporar los aspectos psicológico y espiritual en la atención al paciente.
- Proporcionar un apoyo para ayudar a los pacientes a mantener hasta el fallecimiento, dentro de sus limitaciones, el mayor nivel de actividad.
- Ofrecer su ayuda a la familia a lo largo del proceso de la enfermedad y, luego, en el duelo.
- Trabajar en equipo para resolver el conjunto de necesidades del paciente y de sus familiares incluido, cuando es preciso, el apoyo en el duelo.
- No sólo deben pretender mejorar la calidad de vida, sino que puedan influir también de manera positiva en el curso de la enfermedad.
- Pueden aplicar tratamientos de manera temprana en la evolución de la enfermedad asociados a otros como la quimioterapia y la radioterapia, dirigidos a prolongar la supervivencia; y encaminados a comprender y tratar de manera más adecuada las complicaciones que puedan afectar al paciente.

Con esto se pueden establecer los objetivos indispensables de cualquier programa de cuidados paliativos:

1º). Control de síntomas; de forma particular el dolor. En un programa de cuidados paliativos los síntomas son el primer objetivo en una estrategia terapéutica, pero no el único, ni con frecuencia, el más difícil de conseguir. En cualquier caso los profesionales han de ser expertos en control sintomático ya que es frecuente que estos pacientes tengan manifestaciones múltiples e intensas, multifactoriales y muy cambiantes. Por ejemplo, dolor, dificultad respiratoria severa, náuseas y vómitos, depresión, heridas que no cicatrizan bien, etc.

2º). Prestar a los pacientes una atención personalizada e integral que abarque todos las esferas afectadas por la enfermedad: aspectos psicoemocionales, comunicación, información, asistencia espiritual; todo ello con participación activa del enfermo.

3º). Servir de soporte a la familia y facilitar al paciente la relación y la comunicación dentro de su medio familiar. El programa de paliativos debe contar con recursos suficientes para atender las necesidades o problemas sociales del enfermo y allegados.

4º). Mantener a los profesionales que realizan el trabajo de cuidar al moribundo en condiciones óptimas, evitando el desgaste emocional y otras repercusiones psicológicas negativas.

Para obtener sus objetivos, los equipos de cuidados paliativos se basan en diferentes programas, manteniendo en todos su filosofía, pero ajustándose según las peculiares características de cada cultura, y de esta forma se han desarrollado diversos modelos de asistencia. Debe insistirse en que no son excluyentes entre sí y que, en la mayoría de los casos, representan actuaciones complementarias. Los principales serían los siguientes:

Centros Monográficos u Hospices: centros dedicados exclusivamente al cuidado de enfermos en situación terminal, con características peculiares que le diferencian de otros hospitales: horarios ininterrumpidos de visitas, tolerancia para permitir visitas de familiares de poca edad o incluso animales domésticos, decoración cálida y distribución apropiada de las habitaciones, etc. Los Hospices se han desarrollado principalmente en Gran Bretaña.

Unidades de Cuidados Paliativos en Hospitales: puede tratarse de equipos especializados en cuidados paliativos que, sin poseer camas propias, actúan por todo el hospital. En algunos centros se han denominado Equipos de Soporte Hospitalario o Unidad Funcional Interdisciplinaria Hospitalaria. En otros casos, sí se constituyen como sección independiente con un determinado número de camas y zona de hospitalización separada. El primer modelo, las llamadas Unidades Funcionales, se adoptan cada vez en más hospitales de enfermos agudos dentro de los servicios de Oncología. Está demostrado que son una excelente forma de desarrollo inicial de los programas de paliativos, obteniendo en poco tiempo importantes resultados

en cuanto a aumento de la calidad de asistencia y mejor utilización de recursos (estancias hospitalarias, consultas a Urgencias, fallecimientos en domicilio, etc). En algunos hospitales oncológicos se prefiere contar con el segundo modelo, o sea, con una Unidad o Servicio de Cuidados Paliativos con una estructura física propia. Lógicamente un importante número de Unidades de Paliativos se sitúan en centros socio-sanitarios y hospitales de media o larga estancia.

Equipos de Cuidados Domiciliarios o de Soporte de Atención Primaria: en muchos casos suponen el complemento o continuación de los cuidados recibidos en un Hospice, un Hospital General o una Unidad de Cuidados Paliativos. En el marco de un sistema público de salud siempre son equipos en estrecha conexión con el médico de familia o de Atención Primaria. En Estados Unidos se han desarrollado extensamente, partiendo en muchos casos de iniciativas privadas. En Gran Bretaña y España se han difundido especialmente gracias al empuje inicial de Organizaciones No Gubernamentales. Estos equipos pueden ser específicos y atender sólo enfermos avanzados y terminales o además a pacientes con patologías que les permitan vivir en sus domicilios, como ancianos con enfermedades crónicas o encamados por diversos motivos.

Centros de Día de Cuidados Paliativos: son unidades de atención al paciente en situación terminal, ubicadas generalmente en un hospital o en un Hospice, a las que el paciente acude durante un día para evaluación o de cara a recibir un tratamiento o cuidado concreto. Regresa en el mismo día a su domicilio. Se han desarrollado de un modo particular en Inglaterra. El enfermo acude durante unas horas, una o dos veces por semana y además de la consulta con el especialista y/ o cualquier otro miembro del equipo de cuidados, ese mismo día puede ser atendido por el psicólogo, el sacerdote, el fisioterapeuta... o participar en alguna de las terapias ocupacionales disponibles. También se realizan ajustes de tratamiento o terapias más invasivas para el control de los síntomas, si se necesita (drenaje de líquidos acumulados, transfusión, terapias por vía parenteral, etc).

Sistemas integrales. Cuando todos los posibles niveles de asistencia están dotados con recursos específicos para cuidados paliativos, y coordinados, hablamos de sistemas integrales. El Médico de Familia sigue siendo siempre el responsable de la asistencia de cada paciente, pero cuenta con un equipo de ayuda en el domicilio en caso de necesidad

para trabajar coordinadamente. De esta manera la mayor parte de los pacientes terminales podrán ser atendidos habitualmente en contexto domiciliario. Cuando sea necesaria la hospitalización por sobrevenir un problema social o por precisar asistencia continuada, un equipo de un centro socio-sanitario podrá autorizar el ingreso del enfermo. Es la solución más adecuada, y en nuestro país existen ya varias comunidades que desarrollan estos sistemas.

Así, en un sentido amplio, estas unidades podrían tratar no sólo pacientes oncológicos sino todos aquellos que por sus patologías cumplan los criterios de ingreso en las unidades definidos por la NHO (National Hospice Organization) en 1994. Aunque las características y terapias específicas varían en cada una de estas enfermedades, los objetivos generales del tratamiento son comunes. De esta manera también se incluirían:

- 1. Insuficiencias orgánicas avanzadas: tipo cardíaco, respiratorio, hepático y renal.
- 2. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central: demencias, Parkinson, ictus, coma, esclerosis lateral amiotrófica,...
- 3. Pacientes geriátricos pluripatológicos terminales.
- 4. Pacientes terminales afectados de SIDA.
- 5. Poliulcerados con inmovilismos irreversibles.

-Finalidad y control de síntomas:

Con lo anteriormente referido puede entenderse perfectamente que el enfermo terminal es un enfermo diferente, con necesidades concretas, y que, por tanto, requiere de la realización de actividades asistenciales distintas, así como de una organización diferente para dar respuesta a las necesidades que plantea allá donde se encuentre (hospital de agudos, domicilio, centro sociosanitario, etc.).

La cadena de actividades que habría que desarrollar con el cáncer y otras enfermedades incurables sería: prevención, diagnóstico precoz, tratamiento curativo y cuidados paliativos. Los tres primeros puntos son objeto de grandes programas con inmenso gasto y eficacia muy limitada, mientras que el cuarto merece habitualmente una escasa atención por parte de todos; e incluso la OMS reconoce que, aunque el tratamiento paliativo es la única opción realista para la mayoría de enfermos con cáncer, cobrando mayor importancia con la progresión y deterioro del paciente, apenas se dedican recursos para ello, asumiendo la necesidad de dichos cuidados para la

mejora integral del paciente y de su entorno, siendo determinante en el intento de mejora de la CdV en los pacientes cuyo objetivo es un control sintomático^{16,17}.

La OMS establece que tratamiento curativo y paliativo no se excluye entre sí, y se mejoraría notablemente la calidad de vida de los pacientes si tuvieran acceso a cuidados paliativos a lo largo del proceso de su enfermedad, siendo el fin principal de dicho tratamiento el control de síntomas en las múltiples esferas presentes.

En 1995 la Consejería de Sanidad de Cataluña, la OMS y las Sociedades Española y Europea de Cuidados Paliativos firmaron una Declaración de Cuidados Paliativos que establece lo siguiente:

- Los cuidados paliativos deben ser incluidos como parte de la política gubernamental sanitaria.
- Toda persona tiene derecho al alivio del dolor. Los cuidados paliativos deben ser ofrecidos según los principios de equidad, sin tener en cuenta el lugar, ni el status social o la posibilidad de pagar tales servicios.
- La experiencia obtenida de los cuidados paliativos en cáncer debe extenderse a las personas con otras enfermedades crónicas progresivas incurables.
- Existen métodos efectivos y baratos para aliviar el dolor y la mayoría de otros síntomas. El coste económico no debe ser ningún impedimento.
- Los gobiernos deben gestionar los conocimientos sobre cuidados paliativos de una manera racional para el establecimiento de políticas sanitarias claras,
- la implementación de servicios específicos, la educación de profesionales de la salud y la accesibilidad a los fármacos necesarios.
- La evaluación sistemática de las necesidades y de los resultados de los cuidados paliativos debe acompañar al establecimiento de cualquier servicio a nivel local y/ o nacional.
- Las familias y otros cuidadores informales son contribuyentes esenciales para la provisión eficaz de los cuidados paliativos. Deben ser reconocidos y apoyados por la política gubernamental.

En todo ello se hace indispensable el control de síntomas, siendo necesario recordar que el objetivo del tratamiento es el confort y nunca la curación.

Los principios generales propuestos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos para el alivio de síntomas son:

- Los síntomas deben evaluarse siempre antes de iniciar el tratamiento.
- Las causas y las medidas terapéuticas deben explicarse en términos que sean comprensibles para el paciente.
- Siempre debe establecerse un tratamiento individualizado.
- Los síntomas deben monitorizarse, con el fin de sistematizar el seguimiento y el cumplimiento de los objetivos.
- Se deben dar instrucciones correctas y completas sobre el tratamiento.
- Existen síntomas constantes en todos los pacientes, cuyo tratamiento se instaurará de forma fija y preventiva con el fin de evitar su aparición.
- Los tratamientos no se deben limitar al uso de medicación.
- Es imprescindible que el equipo terapéutico completo elabore y evalúe los objetivos terapéuticos en cada síntoma, sobre todo del dolor¹⁸.

Por todo lo anteriormente dicho se entiende que el control de síntomas en el paciente terminal es la base sobre la que se sustentan los demás principios en cuidados paliativos.

Los síntomas más importantes y frecuentes que suelen presentarse en pacientes en cuidados paliativos son:

- Anorexia y astenia: junto con la caquexia genera un importante impacto emocional tanto en el paciente como en la familia, siendo necesario explicar la naturaleza del problema y las limitaciones en su tratamiento. Está presente en más del 90% de los pacientes en estadios avanzados.
- Dolor: uno de los síntomas más frecuentes y que mayor angustia y sufrimiento crea tanto al paciente como a su entorno.
- Boca seca y/ o dolorosa: Se presenta hasta en el 100% de los casos, los pacientes pueden referir dolor bucal, dificultad para la ingesta y ausencia de saliva. Debido a mucositis, fármacos, infecciones, deshidratación...
- Disnea: Está presente en el 40-55% de los pacientes con cáncer en algún momento

de su proceso evolutivo. Es necesario descartar causas reversibles de disnea (infección, neumotórax, embolismo pulmonar, insuficiencia cardíaca...) Habitualmente la disnea secundaria a proceso tumoral y/o a su tratamiento es de comienzo gradual.

- Estreñimiento: puede aparecer hasta en el 90% de los pacientes terminales. Sus causas principales son: inactividad, deshidratación, alteraciones metabólicas, enfermedades neurológicas, fármacos (opioides, anticolinérgicos, etc.). Puede causar o exacerbar otros síntomas: flatulencia, dolor abdominal, anorexia, náuseas y vómitos, disfunciones urinarias, confusión, diarrea por rebosamiento. Es necesario descartar una obstrucción intestinal (abdomen distendido, peristaltismo aumentado, borborigmos). Deben administrarse laxantes de forma profiláctica a los pacientes en tratamiento con opioides.

- Diarrea: Síntoma mucho menos frecuente que el estreñimiento en el paciente terminal, si exceptuamos enfermos con SIDA. Su causa más común en pacientes con cáncer avanzado es el uso de laxantes. También puede producirse de forma secundaria al uso de fármacos (antibióticos). Es importante descartar la diarrea secundaria a impactación fecal (necesario realizar tacto rectal).

- Convulsiones: suelen ser secundarias a afectación tumoral a nivel cerebral primario o metastásico aunque en ocasiones pueden ser secundarias a alteraciones metabólicas.

- Compresión medular: Es una urgencia oncológica que debe diagnosticarse y tratar lo antes posible. Clínicamente debemos sospecharla en todo paciente que refiera dolor vertebral, debilidad o parálisis en extremidades, trastornos sensitivos o alteraciones de esfínteres. El método diagnóstico de elección es la resonancia nuclear magnética.

- Diaforesis: etiología habitual son linfomas, tumores sólidos, infecciones, toxemia por afectación hepática, fármacos (opioides, tratamientos hormonales, antidepresivos, antipiréticos...), dolor, ansiedad o alteraciones endocrinas.

- Disfagia: síntoma frecuente en: neoplasias orofaríngeas o esofágicas, enfermedades cerebrales, infecciones (herpesvirus, candidiasis), mucositis

secundaria a radio o quimioterapia y masas extrínsecas con compresión esofágica.

- Disuria: dolor o escozor con la micción. Puede ser secundaria a: infección urinaria, infiltración tumoral, cistitis secundaria a radio o quimioterapia.
- Espasmos/ calambres musculares: síntoma poco frecuente pero que produce gran discomfort en los pacientes que los sufren. Su etiología es diversa: lesiones del sistema nervioso, dolor óseo, alteraciones metabólicas, insuficiencia respiratoria, fármacos (diuréticos, fenotiacinas, morfina, salbutamol...)
- Espasmo vesical: dolor intenso suprapúbico intermitente que se produce por espasmo del músculo detrusor de la vejiga. Debe tratarse según la etiología: antibióticos en las infecciones urinarias, laxantes en el estreñimiento, cambio de la sonda urinaria o disminución del inflado del balón.
- Fiebre tumoral: en tumores que afectan al hígado y en neoplasias hematológicas. Debemos descartar por la clínica y por las pruebas complementarias necesarias la existencia de otras causas de fiebre.
- Hematuria: con frecuencia en pacientes con neoplasias de vías urinarias, aunque también puede ser secundaria a una infección urológica o al tratamiento oncológico (cistitis secundaria a la radio o quimioterapia).
- Hemoptisis: si es masiva en un paciente terminal, debe valorarse la sedación y analgesia parenteral.
- Hipercalcemia: frecuente en pacientes neoplásicos (10-20%), sobre todo los que tienen afectación ósea (pulmón, próstata, mama, mieloma múltiple). Clínicamente se puede manifestar por: deshidratación, anorexia, prurito, náuseas, vómitos, estreñimiento, alteraciones mentales y cardiovasculares.
- Hipertensión intracraneal: en tumores primarios intracraneales o por metástasis cerebrales de otros tumores. Clínicamente se caracteriza por cefalea, vómitos, alteraciones visuales, trastornos en la marcha, disartria...
- Hipo: debido a fármacos (opioides, corticoides, benzodiazepinas...), distensión gástrica, irritación frénica, lesión cerebral, alteraciones metabólicas (uremia, hipercalcemia, hiponatremia) o elevación del

diafragma (hepatomegalia, ascitis, masas subfrénicas).

- Estertores premortem: los ruidos percibidos con los movimientos respiratorios de pacientes terminales y que son provocados por la acumulación de secreciones, suele causar gran angustia a los familiares.
- Insomnio: muy frecuente y por múltiples causas: mal control de síntoma, fármacos estimulantes, trastornos psiquiátricos...
- Nauseas y vómitos: presentes hasta en un 60% de los pacientes con cáncer avanzado. Las causas pueden ser múltiples: por el tumor, por el tratamiento o sin relación con el tumor o tratamiento.
- Prurito: puede deberse a: sequedad de piel, infecciones, fármacos (opioides, fenotiacinas, antibióticos...), obstrucción de vía biliar, tumores hematológicos, de estómago o pulmón, o síndrome carcinoide.
- Síndrome confusional agudo (delirio y agitación): El delirio es el trastorno cognitivo más frecuente en cuidados paliativos, se produce hasta en un 80% de los pacientes con cáncer avanzado y es un factor de mal pronóstico a corto plazo. Se caracteriza por una alteración del estado de consciencia con pérdida de memoria y desorientación temporo-espacial que se produce en un corto período de tiempo (horas/ días) y que suele ser fluctuante a lo largo del día. Puede ser de tres tipos: hipoactivo (predomina la letargia), hiperactivo (predomina la agitación) y mixto (alternan los períodos de letargia y agitación) Suele ser multifactorial y en la mayoría de los casos no es posible realizar un diagnóstico etiológico. Las principales causas son: infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, trastornos metabólicos, fármacos (opioides, benzodiazepinas, esteroides...), insuficiencia hepática o renal, anemia, impactación fecal, retención urinaria, supresión brusca de medicación.
- Tenesmo urinario: Es el deseo constante de orinar, que se realiza en forma de goteo. Es preciso descartar infecciones, estreñimiento o fármacos (fenotiacinas, haloperidol, ...).
- Sialorrea: como la producción excesiva de saliva (enfermedades neuromusculares, fármacos, tumores cerebrales), aunque también podemos encuadrar en el

mismo contexto a pacientes con disfagia total.

- Úlceras neoplásicas: por afectación tumoral primaria o por invasión metastásica. El objetivo del tratamiento paliativo de las úlceras debe ser controlar el dolor, olor y sangrado.
- Tos: intentar identificar la causa: fármacos, insuficiencia cardiaca, infección, reflujo...

Para combatir los síntomas en el enfermo terminal no son necesarios más allá de 15 ó 20 medicamentos, aunque se debe tener un conocimiento detallado de cada uno de ellos, así como sopesar a la hora de prescribir tanto su beneficio terapéutico como sus efectos secundarios.

Para el manejo y tratamiento de estos síntomas se disponen de varias vías de administración de medicación: la oral es de elección, aunque se debe evitar usar pastillas grandes y de mal sabor; y cuando esta vía no es posible, tenemos que pensar en otras alternativas, siendo prioritaria la vía subcutánea. Existen otras como la mucosa, cutánea, rectal...

De esta manera se podría decir que los objetivos del cuidado paliativo se pueden resumir en:

- Control del dolor y otros síntomas.
- Asistencia personalizada e integral del paciente.
- Soporte de la familia.
- Soporte del propio equipo asistencial.

OBJETIVOS

Objetivo principal: evaluar las modificaciones en la percepción de la CdV manifestada por los pacientes en función de medidas generales de control sintomático de los mismos en un periodo de tiempo de cuatro semanas.

Objetivo secundario: descripción sintomática según las diferentes esferas de la vida en estos.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Descripción del estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de los nuevos pacientes incluidos en tratamiento paliativo en el Complejo Asistencial de Zamora en el periodo comprendido desde el 1 de octubre de 2010 al 31 de marzo de 2011.

Se incluyeron de manera aleatoria dentro de nuestro estudio un total de 40 pacientes oncológicos paliativos, divididos al cincuenta por ciento según sexo.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron: índice de Karnofsky >30; mayor de 18 años, ausencia de disfunciones cognitivas; y consentimiento por parte del paciente y de sus familiares para participación en el mismo.

Los instrumentos utilizados fueron:

- Protocolo clínico de recogida de datos y de consentimiento.
- Índice de Karnofsky para la medición del grado de validez física.
- Cuestionario de calidad de vida QLQ-C30 (versión 3.0).
- Sistema de análisis de datos con el paquete estadístico SPSS 16.0.

La información se obtuvo por medio de la realización de entrevistas a los enfermos de manera presencial en las visitas programadas o por medio de comunicación telefónica en pacientes a los cuales no se les podía visitar en los periodos establecidos para la realización de la entrevista.

Se realizaron tres determinaciones: basal en el momento de la inclusión en el estudio, a las dos semanas y por último a las cuatro semanas.

-Escala empleada.

Índice de Karnofsky: permite determinar el estado basal funcional o "performance status" del paciente, permitiendo conocer la capacidad del mismo para poder realizar actividades cotidianas, siendo por ello un elemento predictor independiente de mortalidad, tanto en patologías oncológicas o no, ayudando por ello a la toma de decisiones clínicas y a la valoración del impacto de un tratamiento y/ o la progresión de la enfermedad del paciente. Diferentes autores consideran que la escala tiene un adecuado valor pronóstico sobre la evolución de la enfermedad^{19, 20}.

Con todo ello se puede decir que un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes²¹. Las valoraciones comprenden:

- 100: Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.

- 90: Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
- 80: Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
- 70: Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
- 60: Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
- 50: Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
- 40: Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
- 30: Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
- 20: Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
- 10: Moribundo.
- 0: Fallecido.

QLQ-C30 versión 3.0 (ANEXO 1): El grupo de estudio de la CdV de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC), en el cual trabaja un amplio espectro de profesionales (oncólogos, psicólogos, estadísticos, sociólogos y otros) de varios países, tiene como objetivo crear cuestionarios de medición de la CdV que puedan ser utilizados internacionalmente y asesorar a los profesionales acerca de los mismos, ya que la CdV es una de las variables que pretenden evaluar, y para ello el sistema de medición diseñado está formado por un sistema modular con un cuestionario general, que recoge las áreas más comunes del cáncer y sus tratamientos, completándose con los módulos para cada neoplasia o tratamiento en un ámbito más específico, así como otras dimensiones de la CdV adicionales a las afectadas por el tumor o las terapias que no se recogen en el cuestionario general. Este sistema permite comparar y a la vez dar respuestas a preguntas concretas acerca de aspectos definidos.

El Grupo de Estudio de CdV creó pues un cuestionario que además de ser específico para cáncer, cuenta con las siguientes características:

- Ser utilizable en estudios nacionales e internacionales.
- Ser multidimensional en su estructura, abriendo al menos cuatro dimensiones básicas de la CdV: síntomas de la enfermedad y toxicidad, funcionamiento físico y del rol, psíquica y social.

- Estar compuesto por escalas multi-item.
- Ser relativamente breve, con un tiempo de cumplimentación medio de unos 10 minutos.

A partir de lo anteriormente descrito se formuló la primera generación de cuestionario, el QLQ-C36, que constaba de 36 ítem, siendo posteriormente elaborada su segunda generación, el QLQ-C30, de 30 preguntas^{22, 23}. De este cuestionario existen tres versiones, que se han realizado a partir de los resultados de diferentes estudios psicométricos. En cada una de ellas se han realizado cambios en el contenido de algunas escalas y alternativas de respuesta para algunos ítem. La tercera versión de este cuestionario, el EORTC QLQ-C30 versión 3.0, es la que actualmente se encuentra en uso, y la estructura que presenta la permite dividir en cuatro módulos que comprenden:

- Cinco escalas funcionales: funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitiva.
- Tres escalas de síntomas: fatiga, dolor y náuseas / vómitos.
- Una escala global de salud / calidad de vida.
- Ítem individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, y el impacto financiero.

Las preguntas se refieren al periodo de tiempo de la semana previa y se emplea un formato de respuesta tipo Likert que puntúa desde el 1 (en absoluto) al cuatro (mucho), salvo los dos últimos ítem en los que se valora la percepción que tiene el paciente tanto de su salud como de la calidad de vida, siendo estos puntuados desde 1 (pésimo) a 7 (excelente)^{24, 25, 26}.

Por todo ello, este Grupo de Calidad de Vida de la EORTC considera muy importante el realizar estudios de validación de este cuestionario general en cada país y con muestras poblacionales de cada tumor en concreto, que permitan un mejor conocimiento del funcionamiento de este instrumento de medida. Las tres versiones de este cuestionario general han sido traducidas y validadas para su uso en España con muestras de pacientes afectados de cáncer de mama, pulmón y cabeza y cuello.

Para complementar este cuestionario general, el Grupo de Calidad de Vida de la EORTC se ha optado por un modelo de medición que combina el cuestionario general común para diferentes tipos de

cáncer, QLQ-C30, con unos módulos específicos para los diferentes subgrupos de pacientes. Así este Grupo de investigación ha creado unas guías de acción sobre las características que deben tener estos módulos y los pasos que se deben seguir en su desarrollo, definiendo el módulo como el grupo de ítem que evalúan áreas no cubiertas, o no suficientemente, por el cuestionario general, y que se consideran están relacionadas con la población objetivo y la pregunta de la investigación. Así estas preguntas pueden referirse a los síntomas de la enfermedad relacionados con la localización del tumor; los efectos secundarios y otros aspectos relacionados con los tratamientos; o dimensiones de la CdV adicionales como la sexualidad, la imagen corporal, o el miedo a la recaída.

RESULTADOS

Del total de los 40 pacientes incluidos en el estudio (20 hombres y 20 mujeres), solamente 34 de los mismos pudieron completar las tres determinaciones de los cuestionarios QLQ-C30 y cuestionario breve de dolor mBPI-sf, existiendo seis pérdidas debidas a exitus (dos mujeres y cuatro hombres).

Se incluyeron en el estudio pacientes en situación terminal y avanzada de diferentes tumores de manera aleatoria y consecutiva hasta completar la muestra de 40 individuos.

La mayor proporción de tumores entre los dos sexos correspondió a la esfera digestiva (22.5%), seguidos entre hombres y mujeres por los de origen urológico (20%) y en tercer lugar los ginecológicos (17.5%). El porcentaje de los pacientes del estudio que presentaron tumores pulmonares fue del 12.5% y el 10% fueron de origen neurológico. El 17.5% restante correspondió a tumores menos frecuentes o desconocidos (figura 1 y tabla 1).

Se analizó la situación funcional al inicio del estudio mediante el índice de Karnofsky, así como en las sucesivas entrevistas realizadas a los 15 y 30 días tras la primera determinación, con los siguientes resultados (figuras 2 y 3).

En la primera determinación realizada se observó un mayor número de pacientes varones con Karnofsky entre 50-70, siendo mayor el número de mujeres que presentaron en esta primera determinación un Karnofsky inferior.

La determinación realizada el día 15 mostró aumento del número de hombres con índice de Karnofsky entre 50-70 a expensas de la disminución en el grupo

de mayor índice y mejoría del estado general en los de menor resultado inicial, persistiendo en el sexo femenino la preponderancia del grupo comprendido entre 0-40, que se incrementó por las pérdidas producidas en los grupos de mejor índice.

En la última determinación realizada el día 30, el mayor número de pacientes en ambos grupos se situó en el grupo de Karnofsky 0-40, asociado a las pérdidas producidas de grupos anteriores.

La media global de los resultados obtenidos en la valoración del índice de Karnofsky permaneció por encima de 50 durante las mediciones realizadas, pese a la evolución progresiva de las patologías neoplásicas de base (tabla 2).

Para realizar el estudio de las diferentes variables que analiza el cuestionario QLQ-C30 versión 3.0, éstas se agruparon en las distintas esferas que comprende el cuestionario mencionado; y así, en la esfera física (que comprende los ítem del 1 al 7), se observó al analizar los pacientes individualmente una tendencia en ambos sexos en un gran número de sujetos hacia la estabilidad de su actividad física o hacia una discreta mejoría pese a la progresión de la enfermedad (figuras 4 y 5).

El rango de valores sumatorios dentro de esta esfera oscila entre un mínimo de 7 (asintomático) y un máximo de 28 (peor estado posible). Se apreció la existencia de discreta mejoría en la determinación a los 15 días, con ligero empeoramiento en la cuarta semana (tabla 3).

En relación con la esfera emocional del cuestionario (que comprende los ítem 21 al 24), se objetivó cómo los propios sujetos experimentaron en la mayoría de casos variaciones a lo largo de las determinaciones de las diferentes mediciones realizadas, alcanzándose una mayor oscilación principalmente en el grupo de las mujeres (figuras 6 y 7):

La suma de valores para esta esfera oscila entre un mínimo de 4 (asintomático) y un máximo de 16 (peor estado posible). Se apreció la existencia de mejoría inicial en la determinación a los 15 días con respecto a la basal (tabla 4).

Por lo que respecta a la esfera cognitiva, que comprende únicamente dos ítem, el número 20 y el 25, cabe destacar la estabilidad que se observó en la mayoría de los enfermos durante el tiempo analizado, pese a la progresión de su patología,

apreciándose una mayor estabilidad en el grupo de las mujeres (figuras 8 y 9):

La suma de valores para esta esfera oscila entre un mínimo de 2 (asintomático) y un máximo de 8 (peor estado posible). Se apreció una tendencia hacia la estabilización de valores en las tres determinaciones analizadas (tabla 5).

Las siguientes figuras (10 y 11), muestran la progresión existente en cada paciente en la esfera sintomática (que comprende los Item 9-10, 12, 14-15, y 18-19), observándose un mayor valor en la puntuación de los mismos en el sexo femenino, existiendo más pacientes mujeres que mejoran al final del estudio, pese a la progresión de la enfermedad.

El rango de valores sumatorios dentro de esta esfera oscila entre un mínimo de 7 (asintomático) y un máximo de 28 (peor estado posible). Se apreció tendencia a la mejoría respecto a la determinación inicial, lo que nos indica un mejor control de síntomas pese a la progresión de la patología (tabla 6).

En lo referente a la esfera sociofamiliar, que engloba las cuestiones 26 y 27, puede apreciarse que en líneas generales existe una mayor afectación tanto de forma individual como colectiva en el grupo de las mujeres (figuras 12 y 13). Se observa también que con carácter individual existe un mayor número de pacientes mujeres que empeora en esta esfera al finalizar el tiempo de estudio, manteniéndose los varones más estables y con menos fluctuaciones individuales.

La suma de valores para esta esfera oscila entre un mínimo de 2 (asintomático) y un máximo de 8 (peor estado posible). Se objetivó una tendencia inicial en las primeras semanas hacia la mejoría, volviendo a empeorar posteriormente, sin alcanzar los niveles iniciales (tabla 7).

Finalmente (figuras 14 y 15), en relación con el estado de salud que perciben los pacientes a lo largo del periodo de duración del estudio, se puede objetivar que los hombres tienen globalmente mejor estado de salud. Por otro lado, la percepción de su estado de salud en las mujeres muestra una tendencia a la estabilidad en cada una de ellas en el período estudiado, frente a una mayor variación masculina en las diferentes determinaciones realizadas.

La percepción global que presentan nuestros pacientes acerca de su estado de salud en la primera determinación mostró una discreta mejoría en el día

15, existiendo posteriormente un empeoramiento en la cuarta semana; considerando un valor 1 equivalente a salud frente a 7 excelente (tabla 8).

La tabla 9 muestra los resultados del estudio estadístico tras combinar las variables de las diferentes esferas con respecto al sexo del paciente, utilizando como modelo de regresión para el análisis de los datos una Anova, al presentar nuestros resultados una distribución normal.

Como se puede apreciar solamente se evidenció significación estadística al correlacionar la esfera emocional con el sexo en las determinaciones a la segunda y cuarta semanas, no apreciándose diferencias significativas al vincular el resto de las esferas con el sexo.

La correlación fue significativa al nivel 0.01 en unilateral y 0.05 en bilateral.

Los resultados del análisis comparativo intertemporal realizado para las diferentes esferas en función de sexo y Karnofsky se recogen en las tablas 10a y b hasta la 14a y b, siendo denominadas las variables como CC_1_7 al sumatorio de los resultados de la esfera física; CC_2421 la esfera emocional; CC_2025 la cognitiva; CC_9_10 el total de la sintomática y CC_2627 la esfera sociofamiliar.

Ha sido señalado como nivel 1 el correspondiente a la determinación basal; el nivel 2 la realizada a los 15 días y nivel 3 los resultados obtenidos en la cuarta semana.

No se observaron diferencias significativas con respecto a la esfera física de los pacientes analizados en función de sexo ni Karnofsky (tablas 10a y b).

Se demostró significación estadística al relacionar el Karnofsky con la esfera emocional con respecto a las determinaciones de la semana dos y cuarta (tablas 11a y b).

No se apreciaron diferencias significativas en los resultados referentes a la esfera cognitiva (tablas 12a y b).

Se demostró significación estadística al relacionar el Karnofsky y la esfera sintomática con respecto a las determinaciones de los días 15 y 30 (tablas 13a y b).

Se evidenciaron diferencias significativas en la esfera sociofamiliar en función del sexo entre la medición basal y la realizada a los 15 días (tablas 14a y b).

La tabla 15 representa un resumen de los resultados de significación estadística de cada esfera, vinculada al sexo del paciente o al Karnofsky, con respecto a los pares de determinaciones intertemporales

En síntesis, nuestro estudio permite evidenciar diferencias significativas en las esferas emocional y sintomática entre la segunda y tercera medición temporal. Asimismo se aprecia la existencia de significación estadística al comparar las mismas esferas mencionadas, en el mismo periodo citado, al vincularlas al índice de Karnofsky. Por último cabe destacar que respecto al sexo sólo se ha encontrado una diferencia significativa en la esfera sociofamiliar, en el periodo de los primeros 15 días, cuando se vincula al género del paciente.

DISCUSIÓN

Los instrumentos de evaluación de CdV validados en pacientes oncológicos terminales, y en particular, basados en población española, son escasos. En lo que se refiere a la muestra del presente estudio, comprende una miscelánea de distintos tumores, y además cabe señalar que los sujetos no fueron seleccionados aleatoriamente, sino de forma consecutiva, lo que aconseja cierta prudencia a la hora de realizar inferencias y generalizar los resultados obtenidos. Por otra parte, tanto las conclusiones extraídas a partir de la muestra de seguimiento, como la fiabilidad en los test o los cambios en CdV, han de interpretarse de igual forma con precaución, ya que se parte de un número reducido de sujetos.

Desde 1993 se ha observado un interés creciente por la mejora de la CdV de enfermos en fase terminal, siendo esto el objetivo primordial, pero pese a ello no se dispone aún de un instrumento estandarizado, válido y fiable para su valoración en cuidados paliativos²⁷; y es por este motivo que en nuestro estudio de la CdV se haya aplicado el cuestionario de la EORTC QLQ-C30, que es uno de los más utilizados en pacientes oncológicos²⁸, siendo en el momento actual una medida de validez y fiabilidad contrastada para la investigación²⁹. Pese a todo, hay que insistir que en la actualidad no existe un instrumento único, genérico o específico de cáncer que pueda considerarse como patrón oro^{30,31}.

En lo relativo a los parámetros de CdV analizados, debe destacarse que en los resultados obtenidos no se ha observado un deterioro significativo con la progresión de la enfermedad, tal y como ya es reseñado en estudios previos de otros autores³². La

inferencia de los datos recogidos no permiten por tanto la coincidencia con las afirmaciones presentes en otros artículos en los que se sostiene que la CdV y la percepción del estado de salud disminuyen inevitablemente cuando la enfermedad avanza^{33,34}.

Con respecto a las variables clínicas estudiadas sobresale el hecho de que la media del índice de Karnofsky global no varió significativamente en los distintos momentos de evaluación, siendo el valor medio de las determinaciones realizadas en nuestra muestra mayor de 50 pese a que en la misma fueron incluidos pacientes con diferentes grados de afectación sintomática. No se evidenció una correlación directa de la percepción que presentan los sujetos acerca de su calidad de vida vinculada al resultado de su índice de Karnofsky como muestran estudios en esta misma línea que demuestran claramente la relación del estado global del paciente con la percepción que presenta de su CdV^{35, 36, 37, 38, 39, 40}. Nuestros resultados no encontraron ninguna relación con la calidad de vida global según el índice que presentaba el paciente, ni con el resto de esferas en el total del tiempo de estudio, sí evidenciándose relación en la segunda determinación para las esferas emocional y física. Estas discrepancias ya han sido también referidas por trabajos previos^{41, 42, 43, 44, 45}.

En el presente estudio se observó cómo la percepción del estado de salud fluctúa mínimamente según progresa la enfermedad, presentando en las primeras mediciones una apreciación mejorada del mismo, a pesar de progresivo deterioro posterior que se refleja en la última determinación realizada un mes después del inicio, consecuencia de la evolución de la patología en el tiempo. Similares hallazgos se han encontrado en otros estudios en los cuales se observa cómo la valoración que presentan los pacientes acerca del estado de salud se sitúa en torno a 3 en las mujeres y ligeramente más elevada en hombres, siendo superponible a lo encontrado en nuestra muestra; y asimismo se pueden extrapolar nuestros resultados a los encontrados en dicho estudio, en el cual en la segunda determinación se objetiva una mejoría en las escalas sintomática y funcional⁴⁶, abarcando en nuestro estudio el incremento en dicha mejoría para ese punto temporal a todas las esferas analizadas.

En lo referente a la actividad física que presentan los pacientes podemos apuntar a que el deterioro mostrado estaría potencialmente debido a la merma que produce la evolución agresiva de su patología, mostrando en las primeras determinaciones temporales una mejoría en dicha esfera posiblemente

relacionada con una adaptación a las limitaciones que se asocian a su situación, produciéndose posteriormente un descenso más rápido debido a la incapacidad de adaptación ante la progresión acelerada. Todo ello llevaría a pensar en una posible relación que parece existir entre la percepción que refiere el paciente y la situación global que presenta, no inferible a partir de nuestros datos. Existen estudios en los cuales se muestra que aquellos pacientes que mantienen una actividad laboral obtienen puntuaciones menores en la percepción de enfermedad y de afectación en su CdV, lo que indicaría una menor afectación en la esfera física del paciente⁴⁷. Por otro lado, esta esfera de funcionamiento físico evaluada por el QLQ-C30 es equiparable al área relativa a la actividad y movilidad de los pacientes, que en nuestra muestra, como se señaló, no se modificó desde los niveles iniciales en las primeras determinaciones. Si tenemos en cuenta tanto el pronóstico y estado de los pacientes, así como su índice de Karnofsky, no es aventurado pensar que la actividad que presentan los pacientes y que es evaluada por el médico se presenta como una variable no sólo de mayor discriminación, sino asimismo más sensible que la escala física del QLQ-C30, al menos en población oncológica terminal y avanzada. De hecho, 3 de los 5 ítems que componen las subescalas del QLQ-C30 (véase anexo 1), no son del todo aplicables a una muestra que se sitúa en un Karnofsky inicial de 40, definido como “necesita una ayuda importante y asistencia médica frecuente”⁴⁸.

Si analizamos los resultados obtenidos para los ítems de la esfera emocional, podemos observar un comportamiento similar a la anteriormente descrita, todo ello posiblemente relacionado con la capacidad de adaptación inicial y la posterior incapacidad por imposibilidad de control de progresión de la patología. Asimismo se han encontrado diferencias significativas al relacionar el estado global de paciente con su estado emocional en las últimas dos semanas de la recogida de datos, siendo ello ya demostrado en otros trabajos anteriormente publicados en los cuales se asociaba el estado psicoemocional como uno de los factores más importantes de cara a decremento en la percepción que los pacientes tenían de su CdV⁴⁹. Nuestra muestra presentó unos niveles medios de 4 en la esfera emocional, con lo que podemos afirmar que en nuestro estudio los pacientes oncológicos, a pesar de situarse en fases avanzadas de la enfermedad, se encuentran bien ajustados psicológicamente. Este hecho apoya la idea de que si bien estos enfermos pueden presentar síntomas, sobre todo de ansiedad y

depresión, aquellos no necesitan ser considerados como un síndrome clínico susceptible necesariamente de tratamiento, sino como un reflejo de la progresión de la enfermedad⁵⁰.

Los ítems relacionados con el nivel cognitivo de los pacientes analizados muestran un comportamiento similar desde un punto de vista evolutivo temporal con respecto a las variables previas, y la estabilidad a ese respecto ha sido la norma general en el periodo que ha durado el estudio que nos ocupa. Los valores no presentan grandes fluctuaciones, y por tanto no permiten inferir vinculaciones a otros parámetros analizados. Esto hace pensar que los pacientes permanecen con un nivel cognitivo de escasas variaciones, de forma que los deterioros en este campo suceden habitualmente con matices más o menos súbitos.

Un resultado importante que podemos observar en el análisis lo encontramos acerca de los parámetros que ponderan la esfera sintomática, demostrándose un descenso importante en las manifestaciones clínicas a lo largo de las diferentes determinaciones, lo cual resulta diametralmente contrario a lo que cabría esperar con la progresión de la enfermedad dado que la sintomatología presenta de forma habitual un incremento importante, haciéndose por norma general más refractaria al tratamiento de forma paralela a la evolución de la enfermedad. Estos hallazgos pueden ser debidos a una intensa atención por parte de los encargados del cuidado y control de los pacientes en esta fase. Los resultados encontrados alcanzan nivel de significación estadística en las mediciones realizadas los días 15 y 30 del estudio, hallándose una mejoría en el estado global de los pacientes de forma sincrónica con resultados más satisfactorios obtenidos en la medición de esta esfera. Por todo ello puede afirmarse que el logro de un buen control de síntomas mejora de manera importante el estado general del paciente pese al empeoramiento debido a la progresión de su tumor. Estos resultados concuerdan con los recogidos en varios estudios en los que se refleja que el aspecto más determinante relacionado con la reducción de la CdV es en primer lugar la influencia negativa ejercida por los síntomas de la enfermedad⁵¹, y especialmente la fatiga y el dolor. En diversos artículos se apunta la idea de que un solo ítem podría considerarse un índice adecuado y suficiente de valoración de CdV global para la población de enfermos terminales^{52, 53}.

La familia y las relaciones sociales constituyen un núcleo importante de la globalidad vital del paciente,

y así lo demuestran los resultados obtenidos, dada la preocupación que los pacientes presentan al inicio de la enfermedad en función de las repercusiones que conlleva su situación presente. Frecuentemente esta última interfiere a priori de manera importante en las relaciones sociofamiliares; sin embargo, los valores obtenidos en el estudio tienden hacia la estabilidad en el periodo analizado, mejorando incluso en las etapas finales; y ello es posiblemente debido a la consciencia que toman los pacientes del apoyo que reciben, interfiriendo otras esferas que cobran mayor importancia según el momento y situación del enfermo. Se vincula de manera significativa esta esfera con el sexo del paciente, y así en el sexo femenino se produce un empeoramiento en los primeros momentos, lo cual cabría relacionarse con el papel primordial que desempeña habitualmente su figura en el ámbito familiar.

Se cuestiona la elevada elevada incidencia de alteraciones emocionales entre los pacientes con tratamiento paliativo, sin poder determinarse con exactitud la prevalencia real. Las manifestaciones de ansiedad y depresión que afectan a la esfera psicoemocional ocurren, no obstante, en los sujetos que más síntomas y dificultades interpersonales refieren, afectándose por ello la percepción que presentan y produciéndose la pérdida de CdV. Por tanto, y aunque pueda discutirse cuál es la causa y cuál la consecuencia, la promoción de la CdV no puede prescindir de actuaciones orientadas a resolver las dificultades interpersonales y emocionales de los pacientes terminales^{54, 55}.

CONCLUSIONES

1. Pese al interés creciente en la valoración de la CdV en pacientes terminales, existen escasos instrumentos de evaluación estandarizados, genéricos o específicos de cáncer en fase avanzada, siendo uno de los más utilizados el cuestionario de la EORTC QLQ-C30.

2. El índice de Karnofsky interfiere en las valoraciones que realizan los pacientes de la CdV en asociación principalmente a las limitaciones en la esfera física y vinculado ello asimismo a la emocional.

3. En todas la esferas analizadas se observa una mejoría inicial en las primeras determinaciones, produciéndose posteriormente un descenso gradual y progresivo en los resultados.

4. Medidas de control sintomático se han mostrado eficaces en mantener la percepción de CdV que presentan nuestros pacientes pese a la evolución de la enfermedad.

5. Existe una clara relación en el decremento de la CdV con la esfera sociofamiliar de los pacientes de sexo femenino, posiblemente asociado a un sistema familiar en el que el predominio de la mujer juega un papel crucial.

6. Los resultados hallados en nuestro estudio presentan notable similitud con respecto a los publicados previamente en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cella D. Quality of life: the concept. *J Palliat Care*. 1992; 8: 8-13.
2. Tamburini M, Brunelli C, Rosso S, Ventafridda V. Prognostic value of quality of life scores in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 1996; 11: 32-41.
3. O'Boyle, CA. Quality of life assessment: A paradigm shift in health care? *Irish J Psychol*. 1997; 18: 51-66.
4. Klee MC, King MT, Machin D, Hansen HH. A clinical model for quality of life assessment in cancer patients receiving chemotherapy. *Ann Oncol*. 2000; 9: 293-301.
5. Fayers P, Machin D, editors. Introduction. En: *Quality of Life: assessment, analysis and interpretation*. Baffins Lane: Wiley; 2000. p. 1-26.
6. Niezgoda HE, Pater JL. A validation study of the domains of the core EORTC quality of life questionnaire. *Qual Life Res*. 1993; 2: 319-25.
7. Selby P. Measurement of Quality of Life in cancer patients. *J Pharm Pharmacol*. 1993; 45 Suppl 1: 384-6.
8. Nayfield SG, Ganz PA, Moinpour CM, Cella DF, Hailey BJ. Report from a national cancer institute (USA) workshop on quality of life assessment in cancer clinical trials. *Qual Life Res*. 1992; 1: 203-10.
9. Osoba D. Lessons learned from measuring health-related Quality of Life in oncology. *J Clin Oncol* 1994; 12: 608-16.
10. Hietanen PS. Measurement and practical aspects of Quality of Life in breast cancer. *Acta Oncol* 1996; 35: 39-42.
11. Kaasa S. Using quality of life assessment methods in patients with advanced cancer: a

- clinical perspective. *Eur J Cancer* 1995; 31A suppl 6: S15-7.
12. Tierney RM, Horton SM, Hannan TJ, Tierney WM. Relations between symptom relief, quality of life, and satisfaction with hospice care. *Palliat Med.* 1999; 12: 333-44.
 13. Schipper, H, Clinch J, McMurray A, Levitt M. Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation. *J Clin Oncol.* 1984; 2: 472-83.
 14. de Haes JC, Welvaart K. Quality of life after breast cancer surgery. *J Surg Oncol.* 1985; 28: 123-5.
 15. Lough ME, Lindsey AM, Shinn AJ, Stotts NA. Life satisfaction following heart transplantation. *J Heart Transplant.* 1995; 4: 446-9.
 16. Doyle D, Hanks G. *Textbook of Palliative Medicine.* Oxford: Oxford University Press; 1993.
 17. Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J, Viladiu P, editores. *Cuidados paliativos en Oncología.* Barcelona: Jims; 1996.
 18. Sanz J, Gómez-Batiste X, Gómez M, Núñez JM. *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
 19. Conil C, Verger E, Salamero M. Performance status assessment in cancer patients. *Cancer.* 1990; 65: 1864-6.
 20. Stanley KE. Prognostic factors for survival in patients with inoperable lung cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1980; 65: 25-32.
 21. *Manual of cancer chemotherapy. UICC technical reports series. Vol 56. 3rd ed.* Geneva: WHO; 1981. p. 17-26.
 22. Aaronson NK, Cull A, Kaasa S, Sprangers M. The EORTC modular approach to Quality of Life assessment in Oncology. *Int J Ment Health.* 1994; 23: 75-96.
 23. Aaronson NK, Ahmezdai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez N, et al. The EORTC QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in Oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993; 85: 365-76.
 24. Aaronson NK, Ahmedzai SA, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberty A, et al. EORTC Core Quality of Life Questionnaire: interim results of an international field study. En: Osoba D, editor. *The effect of cancer on quality of life.* Boston: CRC Press; 1993. p. 185-204.
 25. Sprangers MA, Cull A, Bjordal K, Groenvold M, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. *Qual Life Res.* 1993; 2: 287-95.
 26. Kaasa S, Bjordal K, Aaronson N, Moum T, Wits E, Hagen S, et al. The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30): validity and reliability when analyzed with patients treated with palliative radiotherapy. *Eur J Cancer.* 1995; 31A: 2260-3.
 27. Rees E, Hardy J, Ling J, Broadley K, A'Hern R. The use of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) within a palliative care unit in the U. K. *Palliat Med.* 1998; 12: 75-82.
 28. Arrarás JI, Illaramendi JJ, Valerdi JJ. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de la validación con una muestra española. *Rev Psicol Salud.* 1995; 7: 13-31.
 29. Hearn J, Higginson IL. Outcome measures in palliative care for advanced cancer patients: a review. *J Public Health Med.* 1997; 19: 193-9.
 30. Aaronson NK. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer.* 1991; 67: 844-50.
 31. Wiklund I, Karlberg J. Evaluation of quality of life in clinical trials. *Control Clin Trials.* 1991; 12: 204S-16S.
 32. Padierna Sánchez C, Fernández Rodríguez C, González Menéndez A. Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el QL-CA-AFEX. *Psicothema.* 2002; 14: 1-8.
 33. Cohen SR, Mount BM. Quality of life in terminal illness: defining and measuring subjective well-being in the dying. *J Palliat Care.* 1992; 8: 40-5.
 34. Agra Y, Badía X. Spanish Version of the Rotterdam Symptom Check List: cross-cultural adaptation and preliminary validity in a sample of terminal cancer patients. *Psychooncology.* 1998; 7: 229-39.
 35. Schipper H. Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research. *Oncology (Williston Park).* 1990; 4: 51-7.
 36. Mor V. Cancer patients' quality of life over the disease course: lessons from the real world. *J Chronic Dis.* 1987; 40: 535-44.
 37. Donovan K, Sanson-Fisher RW, Redman S. Measuring quality of life in cancer patients. *J Clin Oncol.* 1989; 7: 959-68.
 38. Cohen SR, Mount BM, MacDonald N. Defining Quality of life. *Eur J Cancer.* 1996; 32A: 753-4.
 39. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993; 118: 622-29.
 40. Cella D. Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol.* 1995; 2: 73-81.

41. Byock I, Merriman MP. Measuring quality of life for patients with terminal illness: the Missoula-VITAS Quality of Life Index. *Palliat Med.* 1998; 12: 231-44.
42. Brown DJ, McMillan DC, Milroy R. The correlation between fatigue, physical function, the systemic inflammatory response, and psychological distress in patients with advanced lung cancer. *Cancer.* 2005; 103: 377-82.
43. Paice JA. Assessment of symptom clusters in people with cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2004; 32: 98-102.
44. Tang ST, McCorkle R. Appropriate time frames for data collection in quality of life research among cancer patients at the end of life. *Qual Life Rev.* 2002; 11: 145-55.
45. Evans RW, Manninen DL, Overcast TD. The national heart transplantation study: final report. Seattle: Battelle Human Affairs Research Centre; 1984.
46. García G, Cueto J, Arce C, González A. La hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional. *Med Integr.* 1995; 25: 151-5.
47. Font A. Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida. II Congreso Oficial de Psicólogos, área 5: Psicología de la salud. Libro de comunicaciones. Madrid: Publicaciones del COP; 1990. p. 90-6.
48. Karnofsky DA, Burchenal JH. Evaluation of chemotherapeutic agents. In: Macleod CM, editor. *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer.* New York: Columbia University Press; 1949. p. 199-205.
49. Font A. Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer. Tesis doctoral. Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1988.
50. González A, Fernández C, García G, Soler J, Arce C, Cueto J. Parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales en hospitalización domiciliaria. *Psicothema.* 2001; 13: 310-7.
51. González A, Fernández C, García G, Soler J, Arce C, Cueto J. Quality of life parameters in terminal oncology patients in a home care unit. *Psychol Spain.* 2002; 6: 68-76.
52. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, et al. Measuring the quality of life of cancer patients. *J Chronic Dis.* 1981; 34: 585-98.
53. Padilla GV, Presant C, Grant MM. Quality of life index for patients with cancer. *Res Nurs Health.* 1983; 6: 117-26.
54. McMillan SC, Weitzner M. Quality of life in cancer patients: use of a Revised Hospice Index. *Cancer Pract.* 1998; 6: 282-8.
55. González A, Fernández C, García G, Amigo I, Arce C, Padierna C, et al. Control de síntomas en pacientes oncológicos terminales ingresados en hospitalización domiciliaria. *Psicooncología.* 2005; 2: 3-20.

FIGURAS

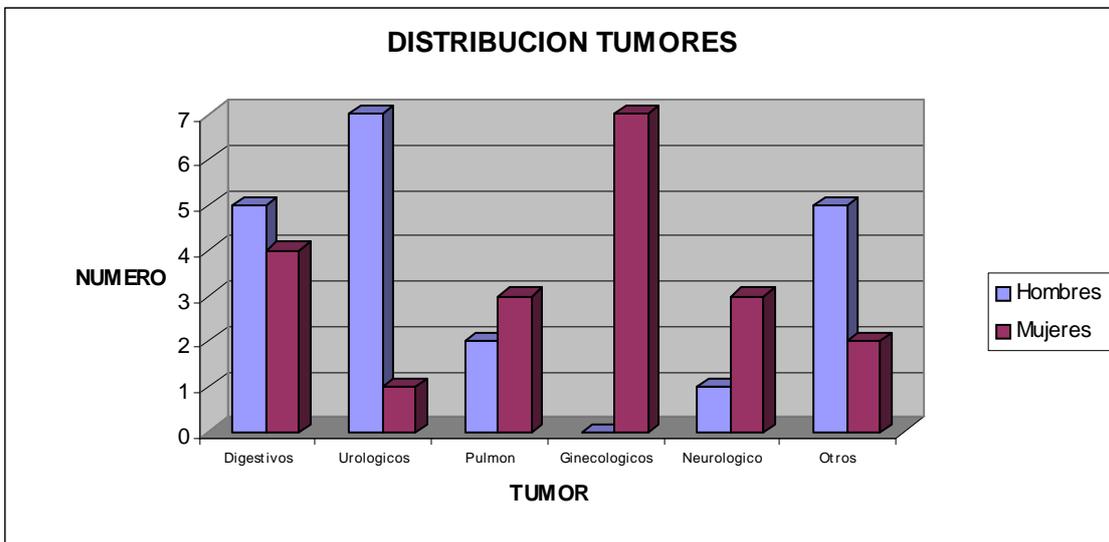


FIGURA 1.

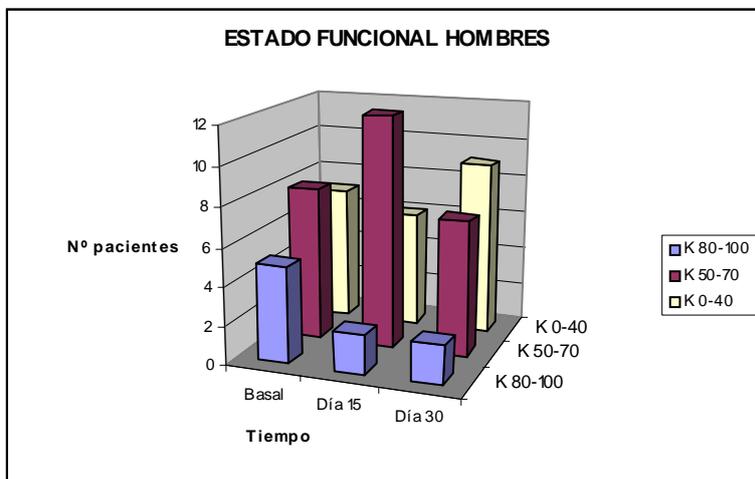


FIGURA 2.

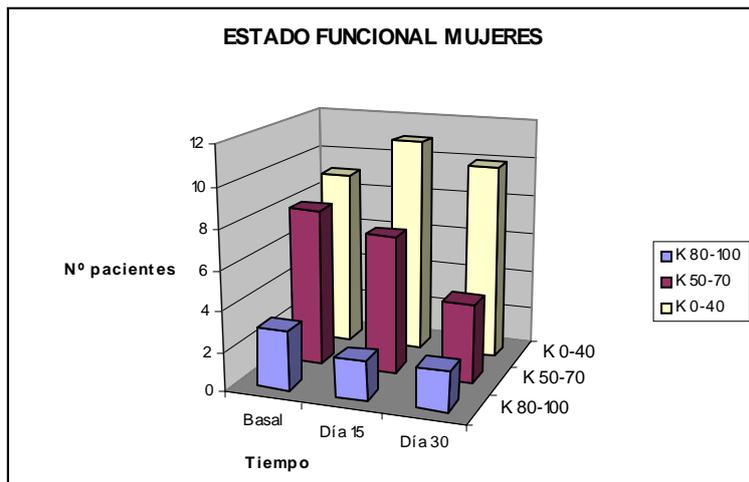


FIGURA 3.

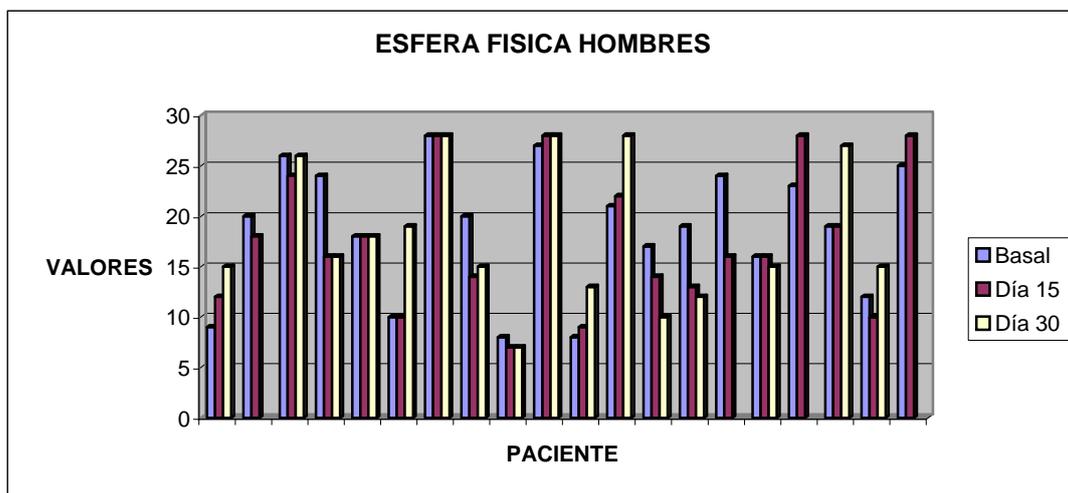


FIGURA 4.

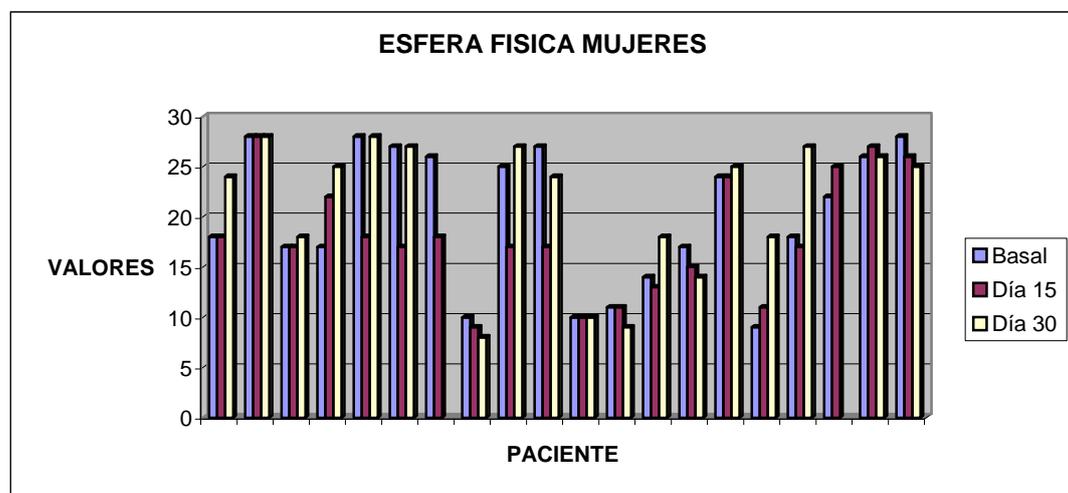


FIGURA 5.

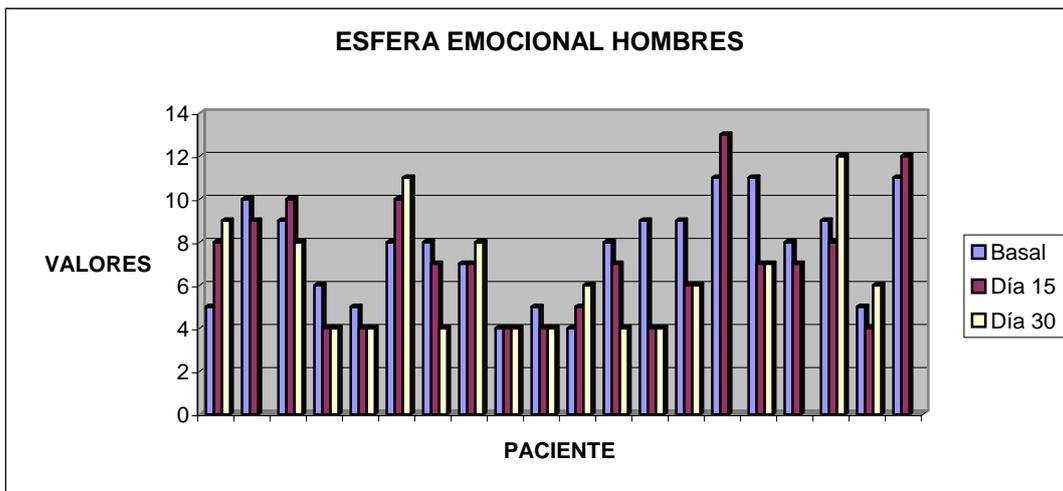


FIGURA 6.

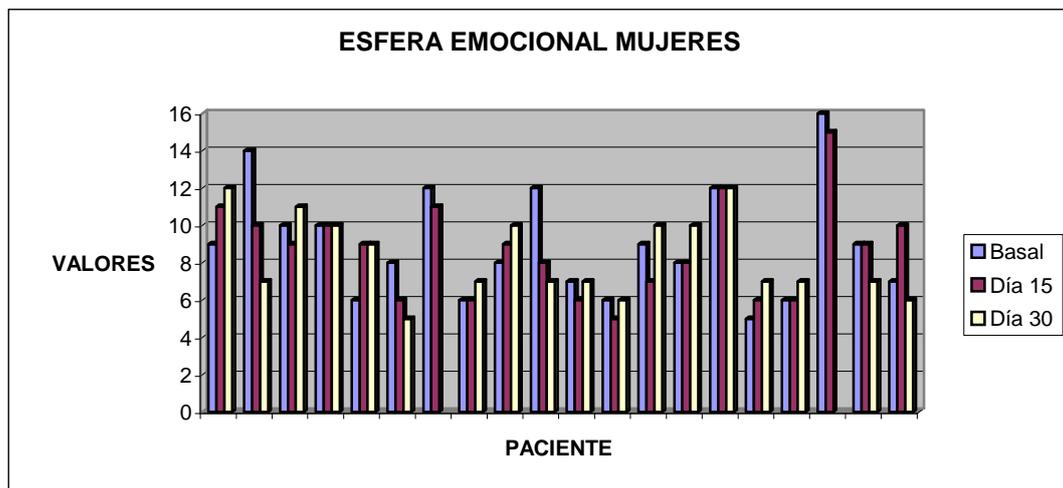


FIGURA 7.

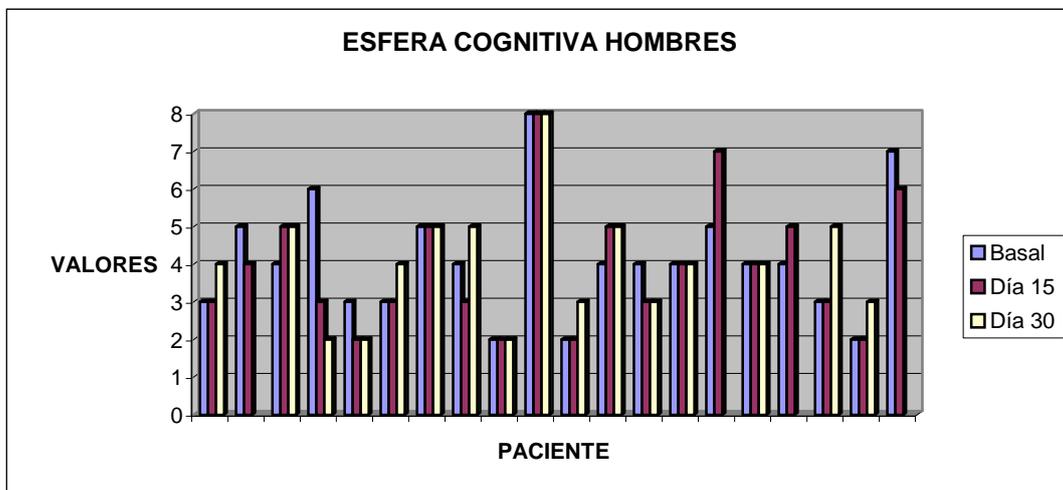


FIGURA 8.

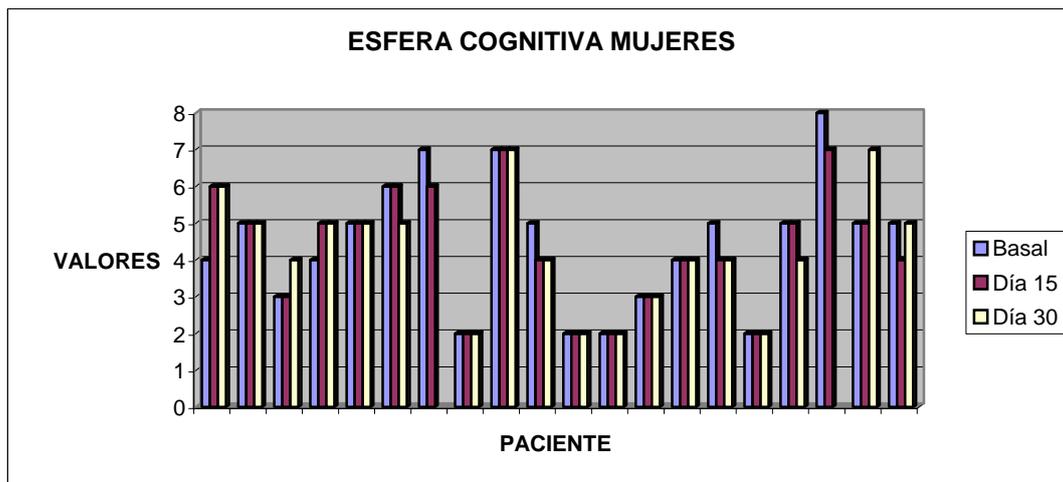


FIGURA 9.

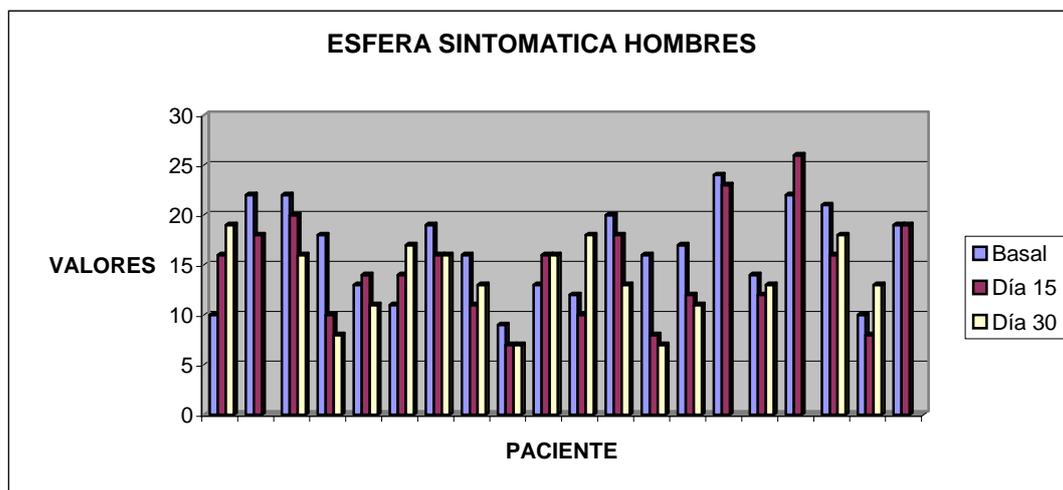


FIGURA 10.

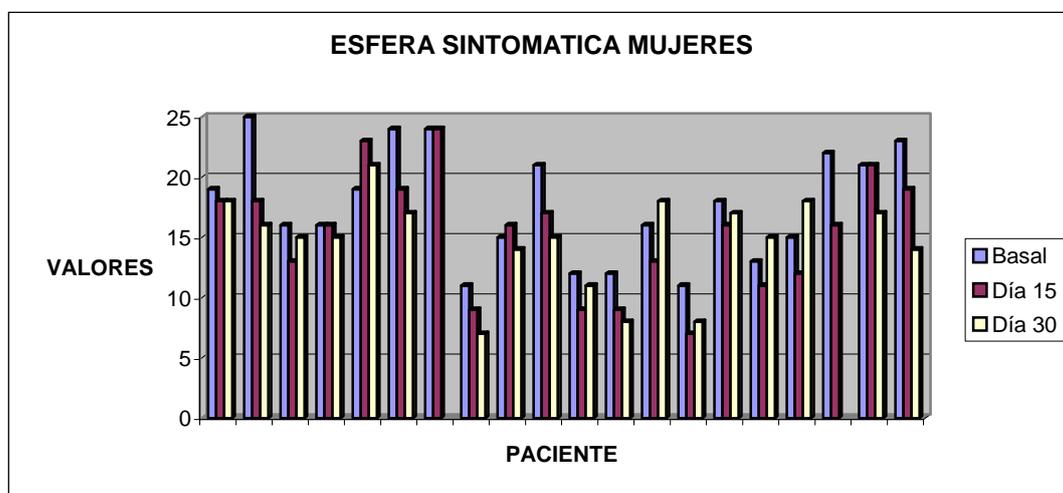


FIGURA 11.

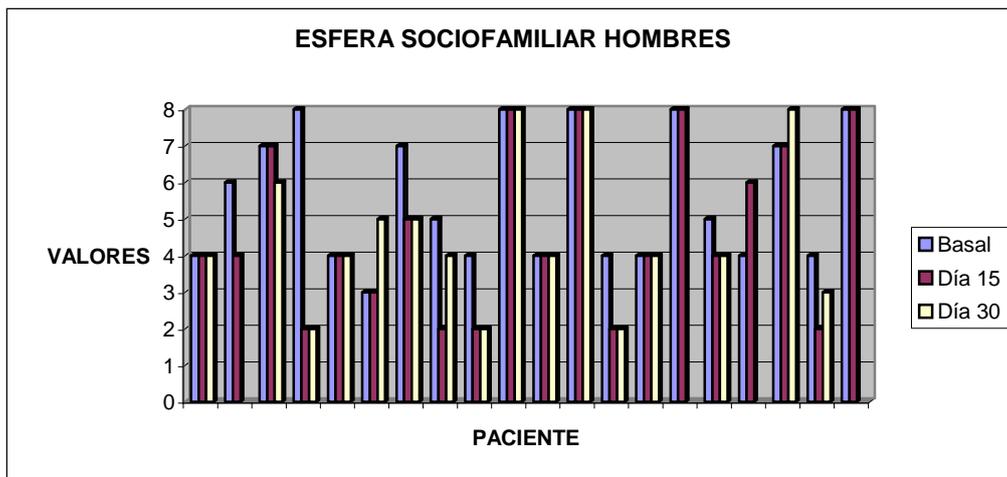


FIGURA 12.

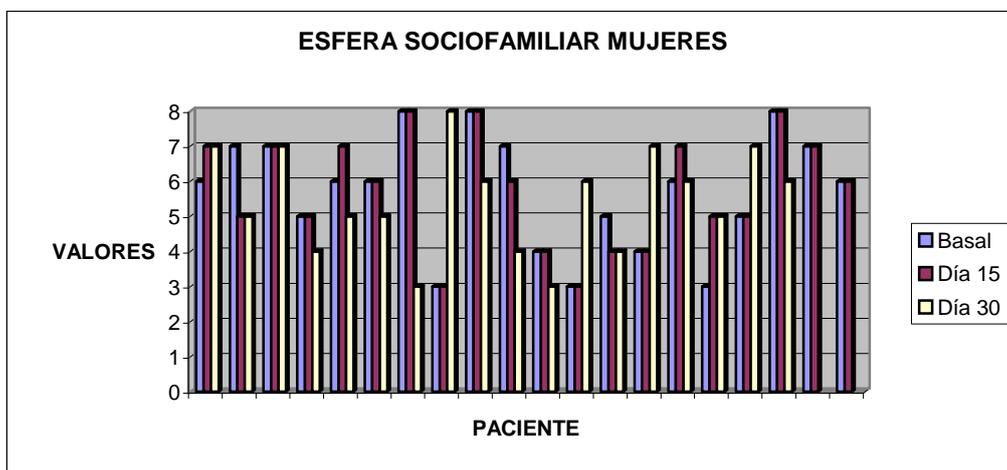


FIGURA 13.

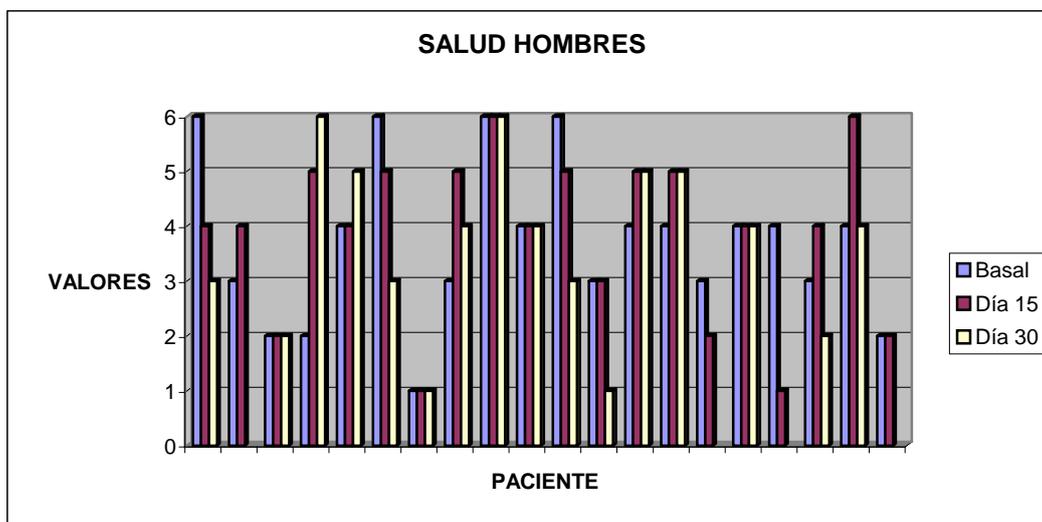


FIGURA 14.

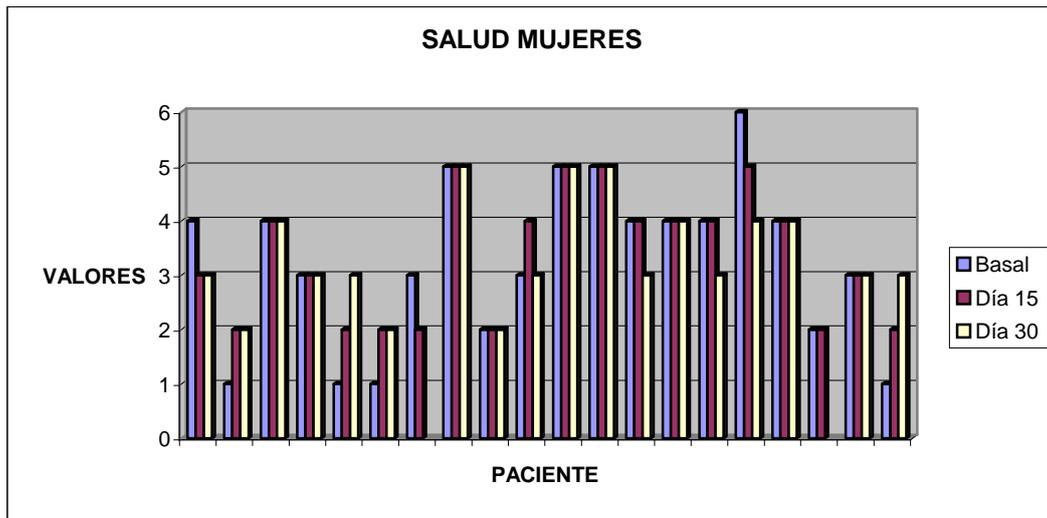


FIGURA 15.

TABLAS

PORCENTAJE SEGUN TUMOR.

	Hombres	Mujeres
Digestivos.	12.5%	10%
Urológicos.	17.5%	2.5%
Pulmón.	5%	7.5%
Ginecológicos.	0%	17.5%
Neurológico.	2.5%	7.5%
Otros.	12.5%	5%

TABLA 1.

KARNOFSKY	VALOR	ERROR
Media	55.31	2.84
Intervalo de confianza al 95%: superior	49.52	
inferior	61.10	
Mediana	50	
Varianza	257.96	
Desviación típica	16.06	
Mínimo	30	
Máximo	90	
Rango	60	
Asimetría	0.63	0.41
Curtosis	0.466	0.809

TABLA 2.

	BASAL	DIA 15	DIA 30				
ESFERA FISICA	ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR	
Media	18.75	1.19	16.88	1.04	19.91	1.21	
Intervalo de confianza al 95%: superior	16.31		14.75		17.42		
inferior	21.19		19.00		22.39		
Mediana	18.00		17.00		18.50		
Varianza	45.93		34.758		47.52		
Desviación típica	6.78		5.89		6.89		
Mínimo	8		7		7		
Máximo	28		28		28		
Rango	20		21		21		
Asimetría	-0.91		0.439		-0.30		
Curtosis	-1.24		-0.57		-1.28		

TABLA 3.

	BASAL	DIA 15	DIA 30			
ESFERA EMOCIONAL	ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR
Media	7.75	0.43	7.22	0.41	7.41	0.47
Intervalo de confianza al 95%: superior	6.86		6.38		6.45	
inferior	8.64		8.06		8.37	
Mediana	8.00		7.00		7.00	
Varianza	6.06		5.4		7.08	
Desviación típica	2.46		2.32		2.66	
Mínimo	4		4		4	
Máximo	14		12		12	
Rango	10		8		8	
Asimetría	0.53		0.16		0.28	
Curtosis	-0.03		-0.95		-1.08	

TABLA 4.

	BASAL	DIA 15	DIA 30			
ESFERA COGNITIVA	ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR
Media	4.00	0.26	3.88	0.27	4.09	0.26
Intervalo de confianza al 95%: superior	3.46		3.31		3.56	
inferior	4.54		4.44		4.62	
Mediana	4.00		4.00		4.00	
Varianza	2.25		2.43		2.15	
Desviación típica	1.50		1.56		1.46	
Mínimo	2		2		2	
Máximo	8		8		8	
Rango	6		6		6	
Asimetría	0.60		0.71		0.41	
Curtosis	0.35		0.17		0.44	

TABLA 5.

	BASAL	DIA 15	DIA 30			
ESFERA SINTOMATICA	ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR
Media	16.09	0.77	13.88	0.73	14.13	0.69
Intervalo de confianza al 95%: superior	14.52		12.38		12.71	
inferior	17.67		15.37		15.54	
Mediana	16.00		14.00		15.00	
Varianza	19.12		17.27		15.40	
Desviación típica	4.37		4.15		3.92	
Mínimo	9		7		7	
Máximo	25		23		21	
Rango	16		16		14	
Asimetría	0.27		0.04		-0.57	
Curtosis	-0.78		0.80		-0.61	

TABLA 6.

		BASAL	DIA 15		DIA 30		
ESFERA SOCIOFAMILIAR		ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR
Intervalo de confianza al 95%:	Media	5.41	0.29	4.88	0.34	5.00	0.32
	superior	4.81		4.17		4.35	
	inferior	6.00		5.58		5.65	
	Mediana	5.00		5.00		5.00	
	Varianza	2.70		3.79		3.22	
	Desviación típica	1.64		1.94		1.79	
	Mínimo	3		2		2	
	Máximo	8		8		8	
	Rango	5		6		6	
	Asimetría	0.13		0.47		0.14	
Curtosis	-1.24		-1.14		0.77		

TABLA 7.

		BASAL	DIA 15		DIA 30		
SALUD		ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR	ESTAD	ERROR
Intervalo de confianza al 95%:	Media	3.56	0.28	3.84	0.22	3.47	0.23
	superior	2.99		3.38		3.00	
	inferior	4.13		4.31		3.94	
	Mediana	4.00		4.00		3.00	
	Varianza	2.51		1.68		1.67	
	Desviación típica	1.58		1.29		1.29	
	Mínimo	1		1		1	
	Máximo	6		6		6	
	Rango	5		5		5	
	Asimetría	-0.14		-0.44		0.73	
Curtosis	-0.71		-0.61		-0.41		

TABLA 8.

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
C_29 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	3,125	1	3,125	1,254	,272
	Intra-grupos		74,750	30	2,492		
	Total		77,875	31			
C_30 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	2,531	1	2,531	1,086	,306
	Intra-grupos		69,938	30	2,331		
	Total		72,469	31			
KARNFSKY * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	153,125	1	153,125	,586	,450
	Intra-grupos		7843,750	30	261,458		
	Total		7996,875	31			
C_1_7 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	40,500	1	40,500	,878	,356
	Intra-grupos		1383,500	30	46,117		
	Total		1424,000	31			
C_21_24 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	18,000	1	18,000	3,176	,085
	Intra-grupos		170,000	30	5,667		
	Total		188,000	31			
C_20_25 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	1,125	1	1,125	,490	,489
	Intra-grupos		68,875	30	2,296		
	Total		70,000	31			
C_9_10_12_14_15_18_19 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	34,031	1	34,031	1,827	,187
	Intra-grupos		558,688	30	18,623		
	Total		592,719	31			
C_26_27 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	,031	1	,031	,011	,916
	Intra-grupos		83,688	30	2,790		
	Total		83,719	31			
C15_29 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	5,281	1	5,281	3,375	,076
	Intra-grupos		46,938	30	1,565		
	Total		52,219	31			
C15_30 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	2,000	1	2,000	1,263	,270
	Intra-grupos		47,500	30	1,583		
	Total		49,500	31			
C15_1_7 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	12,500	1	12,500	,352	,557
	Intra-grupos		1065,000	30	35,500		
	Total		1077,500	31			
C15_21_24 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	34,031	1	34,031	7,651	,010
	Intra-grupos		133,438	30	4,448		
	Total		167,469	31			
C15_20_25 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	3,125	1	3,125	1,295	,264
	Intra-grupos		72,375	30	2,413		
	Total		75,500	31			
C15_9_10_12_14_15_18_19 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	24,500	1	24,500	1,438	,240
	Intra-grupos		511,000	30	17,033		
	Total		535,500	31			
C15_26_27 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	12,500	1	12,500	3,571	,068
	Intra-grupos		105,000	30	3,500		
	Total		117,500	31			
C30_29 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	,781	1	,781	,458	,504
	Intra-grupos		51,188	30	1,706		
	Total		51,969	31			
C30_30 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	1,531	1	1,531	,902	,350
	Intra-grupos		50,938	30	1,698		
	Total		52,469	31			
C30_1-7 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	87,781	1	87,781	1,899	,178
	Intra-grupos		1386,938	30	46,231		
	Total		1474,719	31			
C30_21-24 * SEXO	Inter-grupos	(Combinadas)	38,281	1	38,281	6,330	,017

TABLA 9.

C30_21-24 * SEXO	Intra-grupos	181,438	30	6,048		
	Total	219,719	31			
C30_20+25 * SEXO	Inter-grupos (Combinadas)	,281	1	,281	,127	,724
	Intra-grupos	66,438	30	2,215		
	Total	66,719	31			
C30_9+10+12+14+15+18+19 * SEXO	Inter-grupos (Combinadas)	12,500	1	12,500	,806	,376
	Intra-grupos	465,000	30	15,500		
	Total	477,500	31			
C30_26-27 * SEXO	Inter-grupos (Combinadas)	6,125	1	6,125	1,957	,172
	Intra-grupos	93,875	30	3,129		
	Total	100,000	31			

TABLA 9 (cont).

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Fuente	CC_1_7	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática
CC_1_7	Nivel 2 - Nivel 1	54,521	1	54,521
	Nivel 3 - Anterior	,085	1	,085
CC_1_7 * KARNOFK	Nivel 2 - Nivel 1	21,825	1	21,825
	Nivel 3 - Anterior	13,363	1	13,363
CC_1_7 * SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	4,643	1	4,643
	Nivel 3 - Anterior	23,841	1	23,841
Error(CC_1_7)	Nivel 2 - Nivel 1	427,675	29	14,747
	Nivel 3 - Anterior	486,325	29	16,770

TABLA 10a.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Fuente	CC_1_7	F	Significación
CC_1_7	Nivel 2 - Nivel 1	3,697	,064
	Nivel 3 - Anterior	,005	,944
CC_1_7 * KARNOFK	Nivel 2 - Nivel 1	1,480	,234
	Nivel 3 - Anterior	,797	,379
CC_1_7 * SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	,315	,579
	Nivel 3 - Anterior	1,422	,243
Error(CC_1_7)	Nivel 2 - Nivel 1		
	Nivel 3 - Anterior		

TABLA 10b.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Fuente	CC_2124	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática
CC_2124	Nivel 2 - Nivel 1	9,610	1	9,610
	Nivel 3 - Anterior	32,978	1	32,978
CC_2124 * KARNOFSK	Nivel 2 - Nivel 1	5,622	1	5,622
	Nivel 3 - Anterior	34,143	1	34,143
CC_2124 * SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	3,624	1	3,624
	Nivel 3 - Anterior	3,789	1	3,789
Error(CC_2124)	Nivel 2 - Nivel 1	123,815	29	4,269
	Nivel 3 - Anterior	100,592	29	3,469

TABLA 11a.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Fuente	CC_2124	F	Significación
CC_2124	Nivel 2 - Nivel 1	2,251	,144
	Nivel 3 - Anterior	9,507	,004
CC_2124 * KARNOFSK	Nivel 2 - Nivel 1	1,317	,261
	Nivel 3 - Anterior	9,843	,004
CC_2124 * SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	,849	,364
	Nivel 3 - Anterior	1,092	,305
Error(CC_2124)	Nivel 2 - Nivel 1		
	Nivel 3 - Anterior		

TABLA 11b.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Fuente	CC_2025	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática
CC_2025	Nivel 2 - Nivel 1	,007	1	,007
	Nivel 3 - Anterior	,430	1	,430
CC_2025 * KARNOFSK	Nivel 2 - Nivel 1	,013	1	,013
	Nivel 3 - Anterior	,868	1	,868
CC_2025 * SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	,469	1	,469
	Nivel 3 - Anterior	,557	1	,557
Error(CC_2025)	Nivel 2 - Nivel 1	20,987	29	,724
	Nivel 3 - Anterior	20,070	29	,692

TABLA 12a.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Fuente	CC_2025	F	Significación
CC_2025	Nivel 2 - Nivel 1	,010	,922
	Nivel 3 - Anterior	,621	,437
CC_2025 * KARNOFSK	Nivel 2 - Nivel 1	,018	,895
	Nivel 3 - Anterior	1,254	,272
CC_2025 * SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	,648	,427
	Nivel 3 - Anterior	,805	,377
Error(CC_2025)	Nivel 2 - Nivel 1		
	Nivel 3 - Anterior		

TABLA 12b.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Fuente	CC_9_10	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática
CC_9_10	Nivel 2 - Nivel 1	29,613	1	29,613
	Nivel 3 - Anterior	126,438	1	126,438
CC_9_10 * KARNOFSK	Nivel 2 - Nivel 1	4,423	1	4,423
	Nivel 3 - Anterior	106,301	1	106,301
CC_9_10 * SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	,341	1	,341
	Nivel 3 - Anterior	,169	1	,169
Error(CC_9_10)	Nivel 2 - Nivel 1	316,265	29	10,906
	Nivel 3 - Anterior	311,371	29	10,737

TABLA 13a.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Fuente	CC_9_10	F	Significación
CC_9_10	Nivel 2 - Nivel 1	2,715	,110
	Nivel 3 - Anterior	11,776	,002
CC_9_10 * KARNOFSK	Nivel 2 - Nivel 1	,406	,529
	Nivel 3 - Anterior	9,900	,004
CC_9_10 * SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	,031	,861
	Nivel 3 - Anterior	,016	,901
Error(CC_9_10)	Nivel 2 - Nivel 1		
	Nivel 3 - Anterior		

TABLA 13b.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Fuente	CC_2627	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática
CC_2627	Nivel 2 - Nivel 1	,263	1	,263
	Nivel 3 - Anterior	3,472	1	3,472
CC_2627 * KARNOFSK	Nivel 2 - Nivel 1	,101	1	,101
	Nivel 3 - Anterior	2,929	1	2,929
CC_2627 * SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	10,775	1	10,775
	Nivel 3 - Anterior	,722	1	,722
Error(CC_2627)	Nivel 2 - Nivel 1	54,587	29	1,882
	Nivel 3 - Anterior	26,806	29	,924

TABLA 14a.

Pruebas de contrastes intra-sujetos

Medida: MEASURE_1

Fuente	CC_2627	F	Significación
CC_2627	Nivel 2 - Nivel 1	,140	,711
	Nivel 3 - Anterior	3,756	,062
CC_2627 * KARNOFSK	Nivel 2 - Nivel 1	,054	,819
	Nivel 3 - Anterior	3,168	,086
CC_2627 * SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	5,724	,023
	Nivel 3 - Anterior	,781	,384
Error(CC_2627)	Nivel 2 - Nivel 1		
	Nivel 3 - Anterior		

TABLA 14b.

ESFERA FISICA EMOCIONAL COGNITIVA SINTOMATICA SOCIOFAMILIAR

	ESTAD	SIG	ESTAD	SIG	ESTAD	SIG	ESTAD	SIG	ESTAD	SIG
15*0	3.69	0.64	2.25	0.14	0.01	0.922	2.71	0.11	0.14	0.71
30*15	0.005	0.94	9.57	0.004	0.62	0.43	11.77	0.002	3.75	0.06
E*K:										
15*0	1.48	0.23	1.31	0.26	0.018	0.89	0.40	0.52	0.05	0.81
30*15	0.79	0.38	9.84	0.004	1.25	0.27	9.90	0.004	3.16	0.08
E*S:										
15*0	0.31	0.57	0.85	0.36	0.64	0.42	0.03	0.86	5.72	0.02
30*15	1.42	0.24	1.09	0.305	0.80	0.37	0.01	0.90	0.78	0.38

E (esfera), K (Karnofsky), S (sexo), 15 (medición día 15), 30 (medición día 30), 0 (medición basal), ESTAD (valor estadístico según la W de Mauchly), SIG (nivel de significación).

TABLA 15.

ANEXO 1.

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4
<u>Durante la semana pasada:</u>				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para 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. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4

<u>Durante la semana pasada:</u>	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho			
16. ¿Ha estado estreñado?	1	2	3	4			
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4			
18. ¿Estuvo cansado?	1	2	3	4			
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4			
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4			
21. ¿Se sintió nervioso?	1	2	3	4			
22. ¿Se sintió preocupado?	1	2	3	4			
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4			
24. ¿Se sintió deprimido?	1	2	3	4			
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4			
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4			
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4			
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4			
29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?							
	1	2	3	4	5	6	7
	Pésima			Excelente			
30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?							
	1	2	3	4	5	6	7
	Pésima			Excelente			

Estudio preliminar evolutivo en el paciente paliativo. Parte II: Dolor

E. Martínez Velado

MIR del Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

E-mail: emvelado@hotmail.com

A.A. Merino Iglesias

MIR del Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid (España).

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las modificaciones en la percepción del dolor manifestada por los pacientes en función de medidas generales de control sintomático.

Método: Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de los nuevos pacientes (n=40) incluidos en tratamiento paliativo en el Complejo Asistencial de Zamora en el periodo comprendido desde el 1 de octubre de 2010 al 31 de marzo de 2011.

Criterios de inclusión: índice de Karnofsky >30; mayor de 18 años, ausencia de disfunciones cognitivas, y consentimiento por parte del paciente y de sus familiares. Los instrumentos utilizados fueron: protocolo clínico de recogida de datos y de consentimiento; Índice de Karnofsky, cuestionario breve modificado del dolor mBPI-sf y sistema de análisis de datos con el paquete estadístico SPSS 16.0.

Información obtenida por medio de entrevistas a los enfermos (basal, a los 15 y a los 30 días), de manera presencial en las visitas programadas o comunicación telefónica en pacientes a los cuales no se les podía visitar en los periodos establecidos para la realización de la entrevista.

Resultados: Relación estadísticamente significativa entre dolor más intenso y Karnofsky que presenta el paciente, en el conjunto de sujetos. Significación estadística entre las tres determinaciones realizadas con respecto al dolor más intenso.

Significación estadística entre las tres determinaciones realizadas con respecto a influencia del dolor en la funcionalidad del sujeto.

Acerca de la influencia del dolor sobre el estado de ánimo, capacidad de deambulación, relaciones interpersonales, capacidad para llevar a cabo el trabajo normal, y disfrute de la vida, es llamativa afectación en el sexo femenino; tal y como ocurre con la asociación entre intensidad del dolor y sueño.

Conclusiones: Importancia del dolor en el "performance status" del paciente oncológico. Vinculación diferencial intersexos. Necesidad de priorizar una buena evaluación y descripción del tipo e intensidad del dolor de cara a su correcto control.

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos. Dolor. Medición.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

El dolor es el síntoma principal en el 40% de los pacientes oncológicos en tratamiento y el 75% de aquellos con enfermedad avanzada. Por ello el alivio del dolor y los cuidados paliativos son prioritarios en el programa mundial del cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las expectativas con el tratamiento son buenas, ya que un 90-95% responden a una pauta farmacológica asociada a una buena terapia oncológica. Un 10% de los pacientes requieren unas medidas más agresivas, pero con buenos resultados. De todos los síntomas que produce el tumor a lo largo de su evolución, el que mejor se controla es el dolor.

Hoy en día es inaceptable que un paciente sufra manifestaciones álgicas insoportables por el hecho de padecer tan tremenda enfermedad¹.

-Definición de dolor.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define este síntoma como una experiencia desagradable sensorial y emocional asociada o no a daño real o potencial de los tejidos². Tetsuo Koyama en el año 2006 expone que la experiencia de un evento sensorial es altamente subjetiva y varía de un individuo a otro, no siendo por tanto directamente accesible en su totalidad a un observador externo, y de tal modo el dolor hace que el hombre sienta la necesidad de ser apoyado física, emocional y espiritualmente. En este sentido, John J. Bonica definió al dolor por cáncer como "aquél provocado por cualquier tumor maligno o como consecuencia de las intervenciones terapéuticas hacia este último, o ambos".

Chapman en el año 1986 otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro álgico, considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia y un estado afectivo aversivo, y además que es parte intrínseca de la experiencia de dolor la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables³.

-Respuesta psicológica al dolor.

Desde el momento del diagnóstico y durante todo el curso de la enfermedad, el paciente se encuentra sometido a un intenso estrés emocional. Las connotaciones psicosociales que acompañan al cáncer son de gran importancia para comprender los trastornos que se presentan durante el curso de la enfermedad, siendo el factor más importante para afrontar esto la personalidad previa del sujeto. Según Cano, las secuelas psicológicas que más se estudian en pacientes con cáncer son los síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico.

En la clínica hay que tener en cuenta que hay factores que van a modificar la percepción del dolor y es desde hace mucho tiempo conocido que estos elementos pueden ser los primeros aliados del equipo terapéutico en el manejo del mismo.

Monsalve y cols. en su estudio de revisión del 2007 "intervención psicológica en dolor oncológico" afirman que aunque el paciente oncológico se

enfrenta a multitud de estresores a lo largo del curso de su enfermedad, al igual que pacientes con otras patologías, se puede asumir un mayor impacto inicial del dolor en el paciente oncológico, pudiendo hallarse diferencias a nivel de estrés psicológico experimentado en función de aspectos individuales, diferencias basadas en factores médicos, en el apoyo social percibido, en la capacidad de afrontamiento, o en rasgos de personalidad.

De acuerdo a Ferrell, Rhiner, Cohen y cols. En su trabajo de 1991, existe un efecto del dolor por cáncer en la calidad de vida del paciente en cuatro aspectos³:

- Físicos: Disminuciones de la capacidad funcional, fortaleza y resistencia, náusea y pérdida de apetito, y trastornos del sueño.
- Psicológicos: Disminución de la alegría y la capacidad lúdica, aumento de la ansiedad y temor, depresión, sufrimiento, dificultad para la concentración, somatización y pérdida de control.
- Sociales: Disminución de las relaciones sociales así como de la actividad sexual y afectiva, cambios en la apariencia e incremento en la necesidad de cuidado.
- Espirituales: aumento del sufrimiento, cambio de intereses y evaluación de creencias religiosas.

-Tipos de dolor en el paciente oncológico.

Todo ser humano desde que nace y a lo largo de la vida puede tener diversas experiencias dolorosas, tanto como individuos sanos, enfermos curables o incurables. Ha afectado a la humanidad desde sus orígenes. Señalaba Aristóteles que el dolor trastorna y destruye la naturaleza de la persona que lo soporta. El dolor además disminuye siempre la calidad de vida de quien lo sufre.

A continuación se pretende describir una clasificación del dolor y sus tipos patogénicos:

1). - SEGUN DURACION / TEMPORALIDAD:

1a.- DOLOR AGUDO: Sensación dolorosa de corta duración, que puede ser transitoria y fugaz después de un traumatismo moderado u otras posibles causas médico-quirúrgicas. Características: es limitado en el tiempo y suele ser protector; el paciente reacciona intentando eliminar la causa que lo provoca; tiene un

significado funcional de alarma y de protección del individuo; es biológicamente útil ante una agresión; tiene gran valor topográfico y de precisión de la agresión; desaparece o disminuye cuando cesa la causa. Sin embargo, pueden existir situaciones graves que no se acompañan de dolor proporcional (arrancamientos de miembros). El dolor agudo siempre debe ser estudiado, diagnosticado y tratado antes de que se complique o se cronifique. La respuesta al dolor agudo es adrenérgica. Puede desencadenar estrés, ansiedad, alteraciones cardiovasculares, respiratorias y del sistema inmune. Hay menor componente psíquico frente al orgánico.

1b.- DOLOR SUBAGUDO: No tiene la misma misión de alarma que el agudo. Por ej.: dolor tras una agresión tipo quirúrgica, traumatismo, etc...

1c.- DOLOR INCIDENTAL: Es definido como aquel dolor con exacerbación transitoria que surge sobre la base de un dolor crónico estable. Se caracteriza por: elevada intensidad (EVA >7); rapidez de instauración, corta duración (<20-30 minutos). El origen de estas crisis en pacientes con cáncer se correlaciona con una progresión del tumor, con ciertos tratamientos, o bien con el debilitamiento secundario a la propia neoplasia. Es un tipo de dolor frecuente en pacientes con cáncer, difícil de tratar, que asocia deterioro funcional y sufrimiento psicológico.

1d.- DOLOR CRONICO: Es el dolor típico del paciente neoplásico y definido como: "aquella situación dolorosa de más de tres meses de duración". Hace casi medio siglo se definió el dolor crónico como una entidad médica propia: "Dolor-enfermedad", que puede llegar a ser más importante que la propia entidad que lo inició, y a veces de intensidad severa. La duración de la evolución es un criterio necesario pero no suficiente para definir un dolor como crónico. Características: puede ser ilimitado en su duración; persiste después de la lesión que la originó; se valora como inútil, adverso, destructor y pernicioso para el individuo; carece de misión protectora; frecuente depresión y alteraciones del estado de ánimo asociados; agotamiento físico; la causa del dolor es el dolor en sí mismo; se favorece por plasticidad del sistema nervioso. Se debe tratar el propio síndrome algico. Habrá que valorar además aspectos psicológicos, emocionales y socio-familiares. Se asocia más conceptualmente al "dolor total" o "sufrimiento". Actualmente se considera al dolor crónico como un síndrome grave, que se acompaña de alteraciones psicológicas de distinta severidad, logrando el paciente con tratamiento sólo alivio y

adaptación, raramente la curación. Requiere cuidados continuos con enfoque multidisciplinar. Los principales componentes del sufrimiento son: físico, social, psicológico y existencial.

2).- SEGUN LA TOPOGRAFIA: LOCALIZACION.

2a.- DOLOR SOMATICO: Se localiza con precisión, y en general, aparece en el lugar donde se produjo el daño tisular, bien sea superficial o profundo. Suele ser agudo y bien definido, de origen cutáneo o más profundo, en zonas músculo-esqueléticas, huesos, cartilagos, vasos, pleura y peritoneo. El dolor óseo es el más frecuente en pacientes oncológicos, se recomienda incluir en el tratamiento inhibidores de prostaglandinas (AINE).

2b.- DOLOR VISCERAL: Variedad de dolor profundo, deslocalizado, sordo, irradiándose de forma difusa, a veces distante de la zona afectada original (mismo dermatoma), vinculado a estimulación sistema simpático. El cuadro algico oscila desde simples molestias a dolor muy intenso (serosas). Hay ocasiones en que grandes destrucciones de un órgano no se acompañan de dolor importante (pulmón). Puede ser también intermitente; en abdomen, en la obstrucción de víscera hueca, es frecuente el tipo cólico, en sacudidas, espasmódico. Se suele acompañar de cortejo vegetativo, respuestas reflejas respiratorias o vasculares, contracturas y a veces resultan desproporcionadas. Presentan componente emocional intenso. Precisan de estímulos potentes para ser percibidos como dolor. Se producen por activación de nociceptores (infiltración, compresión, distensión) (estímulos mecánicos, por inflamación ó estimulación de quimiorreceptores). El dolor visceral responde bien a opioides.

3).- SEGÚN PATOGENIA: CAUSA DESENCADENANTE.

3a.- DOLOR NOCICEPTIVO: Por estimulación anormal de nociceptores periféricos somáticos o viscerales (superficiales o profundos), originados por procesos inflamatorios diversos, se conducen por vías nerviosas específicas hasta alcanzar el tálamo y corteza cerebral.

3b.- DOLOR NEUROGENICO / NEUROPATICO: Estaría originado por una lesión, estímulo directo o disfunción del sistema nervioso central o de nervios periféricos. El dolor neurogénico suele ser continuo, lacerante, como sensación "de quemazón", torsión o arrancamiento. También se manifiesta en ocasiones

como paroxismos álgicos, episódicos, como descargas eléctricas. El dolor puede ser desencadenado por estímulos que habitualmente no lo producen (alodinia), por ej. cuando un estímulo sensitivo es interpretado como doloroso. A veces, ante un estímulo, puede ocurrir una sensación desagradable de sensación de calor, frío o tirantez (disestesia); en otras ocasiones hay un aumento de respuesta frente a estímulo doloroso (hiperalgesia). También el dolor se puede presentar de forma espontánea. Por otra parte, puede existir un dolor mantenido por el sistema simpático, conocido como distrofia simpática refleja o causalgia, expresado como cambios vasomotores en una zona dolorosa y/o cambios tróficos. El dolor neuropático responde mejor a medicación antiepiléptica y a los antidepressivos (Inhibidores de la recaptación de serotonina) que a los AINES / opioides. Pueden ser útiles algunos coadyuvantes (esteroides).

3c.-. DOLOR PSICOGENO: Es un tipo de dolor complejo, mediatizado por la angustia, el miedo y la ansiedad del enfermo. La exploración física del paciente suele ser normal y las pruebas complementarias resultan negativas. El dolor no responde a tratamiento analgésico habitual y no existe ningún paralelismo entre dolor y lesión. Se denomina también dolor psicosocial, caracterizándose por la necesidad de aumento constante de dosis analgésicas, con escasa o nula eficacia. Frecuentemente se detectan conflictos familiares sin resolver, soledad, miedos, inadaptación. Suele ser un diagnóstico por exclusión, pero debe ser constatado por un examen psicopatológico significativo^{4,5,6,7}.

La necesidad de un sistema de clasificación para el dolor en el cáncer llevó a la formulación propuesta por Edmonton. Este sistema se ha perfeccionado con datos probatorios sobre su validez, con la participación de un panel internacional de expertos en el tema y un estudio multicéntrico para determinar la fiabilidad de los evaluadores y el valor predictivo. Es importante por tanto la aceptación de una clasificación reconocida internacionalmente para el dolor oncológico de cara a mejorar la valoración de la manifestación álgica, y así posibilitar un acercamiento al pronóstico y tratamiento clínico, permitiendo a los investigadores comparar los resultados. La escala Edmonton mide el dolor y nueve síntomas diferentes en categorías numéricas de 0 a 10 y permite realizar la evaluación además del estado de ánimo y otros síntomas en forma muy ágil^{8,9,10}.

-Métodos de evaluación y medición del dolor oncológico.

Evaluar correctamente el dolor significa medir su intensidad, conocer su patogenia, determinar la relación entre éste y su enfermedad causal, establecer su influencia en la calidad de vida del paciente y realizar una aproximación uni o multidimensional con una nomenclatura estandarizada. El objetivo final de esta valoración es la aplicación de un tratamiento ajustado e individualizado en cada sujeto.

La toma de decisiones en relación con el dolor debe estar ajustada a su intensidad. La valoración de las diferentes medidas terapéuticas exige su cuantificación. La investigación de la manifestación álgica, además, precisa conocer la magnitud de la experiencia dolorosa para la realización de estudios pertinentes.

1). PASOS PARA LA CORRECTA EVALUACION DEL DOLOR.

Debe realizarse una correcta historia médica y psicológica del paciente. Debe especificarse el modo de inicio y duración del cuadro doloroso, su localización e irradiación, sus causas probables y los factores desencadenantes y modificadores. También será interesante determinar los tratamientos previos y la respuesta obtenida con los mismos. Finalmente, deberán incorporarse las consecuencias funcionales y socio-profesionales que va a suponer el dolor, así como conocer el estado de ánimo y la influencia inducida por éste sobre el comportamiento y conducta del paciente. Existe una importante máxima que debe tenerse muy presente: el dolor es lo que el paciente dice que padece y no lo que el médico piensa que debe ser o espera que sea.

2). ESCALAS Y CUESTIONARIOS.

Las escalas establecen una valoración unidimensional mientras que los cuestionarios realizan una valoración multidimensional. La ventaja de las escalas es la rapidez: en menos de 30 segundos podemos hacernos una idea de cuánto le duele al paciente. Existen escalas de valoración de la intensidad, del componente afectivo y de la localización.

- Escalas de intensidad:
 - Escalas categóricas verbales de graduación: Consisten en listas de adjetivos referidos a los distintos

niveles de intensidad del dolor, de entre los que el paciente debe elegir el que mejor describa su nivel de dolor. Aunque hay múltiples variantes, la escala más usada es la de cinco adjetivos (ninguno-leve-moderado-intenso-muy intenso)..

- Escalas visuales analógicas. Escalas gráficas graduadas: La Escala Visual Analógica (EVA o VAS) ideada por Scott Huskinson en 1976 es la más utilizada y validada. El paciente marca el lugar en la recta que más se ajusta a su grado de dolor. Con esta escala, además, podremos comparar la intensidad del dolor con otro momento posterior para ver los posibles progresos realizados con el tratamiento aplicado. Consiste en una línea, generalmente de 100 mm, en cuyos extremos se indican el mínimo y el máximo nivel de dolor (por ejemplo, no dolor-el peor dolor posible); el paciente debe marcar un punto en dicha línea para indicar la intensidad con que percibe el dolor. Una variante es la llamada escala gráfica graduada, que incluye una graduación marcada a lo largo de esa línea con descriptores verbales o numéricos, aunque parece ser menos sensible a los cambios inducidos por el tratamiento con respecto a las escalas visuales analógicas. En la interpretación de estas escalas debe tenerse en cuenta que la valoración del dolor no es lineal y que la correlación con las escalas numéricas no es matemática, de modo que los pacientes tienden a dar puntuaciones menores con las variantes analógicas.
- Escalas categóricas numéricas de graduación: Se le pide al paciente que puntúe la intensidad de su dolor sobre una escala numérica de 0 a 10 (o bien de 0 a 100). Tienen la ventaja frente a las dos anteriores, de una mayor facilidad de administración y valoración, así como una menor dificultad para pacientes ancianos, con mal estado general o analfabetos, habiéndose demostrado la validez de su utilización verbal en estudios comparativos con la escala visual analógica. Usando como criterio de gravedad del dolor su interferencia con la actividad funcional, el estado de ánimo y el sueño, se ha observado una buena correlación de las puntuaciones obtenidas con la escala numérica de 0 a 10; así se han definido tres puntos de corte que permiten clasificar el dolor en leve (1-4), moderado (5-6) o grave (7-10). Otros autores hablan de dolor significativo con puntuaciones iguales o superiores a 5.
- Escalas del componente afectivo: La más utilizada es la subescala afectiva del cuestionario de McGill, que se describe más adelante. Sin embargo, se han descrito una serie de pruebas sencillas de evaluación del componente afectivo o emocional del dolor.
 - Escalas categóricas verbales de graduación: Al igual que las escalas verbales de intensidad, consisten en listas de adjetivos que describen los diversos niveles de sufrimiento o incomodidad asociados al dolor (desde mínimo hasta intolerable)..
 - Escalas visuales analógicas: En este caso, la línea de 10 cm. Se marca con términos indicativos del mínimo y máximo de incomodidad o desagrado.
 - Escalas de múltiples apartados: Tanto la escala diferencial de descriptores como la escala de incomodidad por el dolor (*Pain Discomfort Scale*) contienen varios adjetivos o enunciados relativos al componente afectivo del dolor, que deben ser valorados o puntuados por el paciente. Dado que, al igual que la subescala de McGill, valoran varias dimensiones del nivel afectivo del dolor, parecen ser más válidas y fiables que las escalas de un solo componente antes descritas.
- Escalas de localización del dolor: El instrumento más frecuentemente usado es un dibujo del cuerpo humano, en el que el enfermo debe sombrear las áreas afectadas por el dolor. Se ha demostrado que el área total sombreada se relaciona más con la incapacidad funcional y la limitación de la actividad vital que con la intensidad o con el componente afectivo del dolor. La utilización

clínica es sencilla y ha sido recomendada para su uso rutinario por algunos autores.

Los cuestionarios, a su vez, permiten un enfoque multidimensional que añade precisión a la información del dolor y aumenta la fiabilidad de su estudio. En todos los casos es el propio paciente el que cumplimenta el cuestionario. Además, incrementan la sensibilidad diagnóstica, aumentan la comunicación sobre el síntoma, la empatía con el paciente y mejoran la correlación entre datos neurofisiológicos y psicológicos. Entre los cuestionarios con valoración multidimensional más utilizados se encuentran el *Brief Pain Inventory*, la *Memorial Pain Assessment Card* y el *McGill Pain Questionnaire*.

- El *Brief Pain Inventory* fue desarrollado en la Universidad de Wisconsin y además de valorar la historia, intensidad, características, factores agravantes y atenuantes, etiología posible y localización del dolor, incluye una valoración del grado de interferencia del dolor con la actividad funcional, el estado de ánimo y las relaciones sociales. También incluye cuestiones sobre el tratamiento analgésico y el grado de alivio que proporciona. La valoración de la intensidad y del grado de interferencia se realiza mediante escalas numéricas de 0 a 10; además, se valora la intensidad del dolor en el momento de realizar la prueba y a lo largo de la semana anterior (dolor máximo, mínimo y medio). Finalmente, se incluyen datos laborales, educativos y familiares. Este cuestionario ha sido validado en distintos países, incluso de ámbitos culturales muy diferentes. Sin embargo, aunque ha sido uno de los instrumentos más usados en los últimos años en la investigación del dolor en pacientes con cáncer, se han formulado críticas a su excesiva longitud, que lo hace inaplicable de forma rutinaria en el ámbito clínico.
- La *Memorial Pain Assessment Card* es un método rápido (menos de un minuto) y fácil de usar, desarrollado en el *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*. Mide la intensidad del dolor, su cualidad, el grado de alivio obtenido y la repercusión sobre el humor. Proporciona una valoración multidimensional del dolor y del grado de sufrimiento psicológico del paciente oncológico. Consta de cuatro secciones:

- Una lista desordenada de ocho adjetivos de intensidad (el paciente elige uno),

- una escala de intensidad.
- una escala del grado de alivio y
- una escala del estado de ánimo.

- El *McGill Pain Questionnaire* (Cuestionario de dolor de McGill) es más complejo y más largo. Son 78 adjetivos distribuidos en 20 categorías. Las preguntas versan sobre la localización del dolor, sus factores modificadores, el patrón temporal, su intensidad y la eficacia del tratamiento analgésico. Evalúa cuatro dimensiones: sensorial, afectiva, valorativa y miscelánea. Consta de cuatro partes:

- Parte I: Localización del dolor, que se señala en un gráfico de localización corporal.
- Parte II: Descripción del dolor: se escoge una palabra de cada apartado que mejor defina el dolor que se padece en ese momento. La puntuación en cada dimensión se calcula sumando los valores correspondientes a cada uno de los adjetivos elegidos por el paciente, y con la suma obtenida se obtiene el *Pain Rating Index-PRI* o índice de valoración del dolor.
- Parte III: Recoge los cambios que experimenta el dolor: se escoge la palabra que describa el modelo o patrón que sigue el dolor, los factores que lo alivian y los que lo agravan..
- Parte IV: Mide la intensidad del dolor (*Pain Present Index-PPI*): se elige la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en ese momento. Se obtienen dos índices globales: el Índice de Puntuación del Dolor o *Pain Rating Index-PRI* (que corresponde a la suma de las cuatro dimensiones) y un índice de intensidad del dolor (*Present Pain Intensity*) en una escala de cinco puntos. Se ha demostrado su validez para la evaluación de los componentes sensorial, afectivo y evaluativo del dolor. Se ha desarrollado también una

versión abreviada del cuestionario de McGill; consta de 15 descriptores de las dimensiones afectiva y sensorial del dolor y de dos medidas de intensidad del mismo: puntuación de la intensidad actual (*Present Pain Intensity*, igual a la de la versión larga), y una escala visual analógica. Mientras que en cumplimentar la versión completa se tarda alrededor de veinte minutos, la abreviada no requiere más de cinco. En pacientes oncológicos, se ha demostrado una buena correlación con los valores obtenidos en la forma larga del cuestionario. Los problemas más importantes que plantea el cuestionario de McGill son, además del prolongado tiempo que se tarda en completar, el que no existe la categoría "no dolor" y que el vocabulario es difícil de entender, sujeto a interpretación¹¹.

3). EVALUACION DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEFICIT DE COMUNICACION.

Dado que la descripción del dolor por el paciente es básica para su evaluación, ésta es más complicada en aquellos que no se expresan normalmente. Por ello, en muchos casos, el dolor no se diagnostica ni se trata de forma correcta. Estos pacientes son un grupo heterogéneo que comprende desde niños preverbales hasta ancianos con demencia, pasando por personas con discapacidad mental o déficit neurológico, entre otros. Por tanto, es preciso individualizar la evaluación de cada paciente según su capacidad de expresión. Para decidir la escala de medida, hay que tener en cuenta que en muchos de ellos podremos emplear la EVA o la EVN adaptadas (por ej., comunicarse por movimientos corporales). En el caso de que esto no sea posible, utilizaremos EVA de expresiones faciales, que se utilizó inicialmente en niños con buenos resultados y que posteriormente se ha mostrado válida y fiable en adolescentes, adultos y, especialmente, en ancianos, siendo reproducible de forma independiente a edad, sexo o raza.

La valoración se complica en los pacientes con déficit profundo de comunicación, como discapacidad psíquica o ancianos con demencia. En estos,

diferentes estudios indican que más de un 50% presentan dolor crónico (a menudo subestimado) manifestado como agitación, ansiedad, depresión, desorientación o insomnio, que se trata de forma sintomática sin descartar su presencia subyacente. En estos casos, podemos emplear un método conductual, como la escala de Campbell, para descartar la presencia de dolor y cuantificarlo, en función de la expresión facial, la presencia de movimientos o posturas antiálgicas, o el tono muscular. Para cumplimentarla, resulta muy útil preguntar a los cuidadores del paciente, que son los que mejor conocen sus expresiones y nos pueden informar sobre la evolución de éstas. En caso de duda sobre la existencia de dolor, parece razonable pautar un analgésico y valorar la respuesta del paciente. A pesar de que puede ser muy útil, aún no se ha validado en nuestro medio y se emplea con poca frecuencia.

Finalmente, en los pacientes no comunicativos, hemos de considerar la presencia de dolor ante los siguientes signos de la exploración física: hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, midriasis o lagrimeo. Aunque no son específicos, su control con analgésicos es indicativo de la presencia de dolor¹².

-Estrategia terapéutica.

Ante la aparición de un dolor oncológico perfectamente diagnosticado como tal y en uno de nuestros pacientes deberemos recordar que la "lex artis ad hoc" exige conocer:

- Que el tratamiento del dolor es una urgencia oncológica.
- Que se debe saber simplificar la administración de analgésicos.
- Que se deben dar al paciente directrices clínicas sencillas.
- Que la administración debe ser con hora fija (anterior a la presencia del dolor) y continuada.
- Que se debe emplear siempre medicación oral o transdérmica y nunca o casi nunca inyectada.
- Que las prescripciones terapéuticas deben ser escritas y legibles.
- Que hay que vigilar cuidadosamente los efectos secundarios que produzca.
- Que es imprescindible el empleo de coadyuvantes farmacológicos (antidepresivos, etc.).

- Que hay que tratar de forma eficaz el insomnio.
- Que debemos procurarnos el apoyo de un familiar motivado e inteligente (cuidador).
- Se debe promover el uso de servicios a domicilio para el cuidado del dolor oncológico¹³.

-Objetivos del tratamiento.

El médico ante su enfermo debe recordar y hacerle conocer: que el dolor es aliviado; que las medidas del tratamiento del dolor van a ser paralelas a las del tratamiento del tumor; que el tratamiento del dolor va a procurar el alivio del mismo para mantener su calidad de vida, y que el dolor lo vamos a tratar en principio de forma agresiva, por lo que se pueden presentarse determinados efectos secundarios, reversibles, para una vez logrado el control algico, bajar la dosis de medicación hasta aquella que produzca únicamente analgesia¹³.

-Tratamiento del dolor.

El tratamiento del dolor sigue siendo empírico y es eficaz en el 85-90% de los casos combinando:

- Tratamiento antitumoral, hormona/quimioterapia antiálgica, radioterapia paliativa.
- Tratamiento farmacológico analgésico, coadyuvantes.
- Terapias invasivas: bloqueos nerviosos periféricos; catéteres epidurales; cirugía de limpieza.
- Terapias de apoyo: psicológico; social; familiar.

Hay pues que comprender de una vez por todas, que un dolor total como el oncológico, debe de ser tratado con todo el arsenal terapéutico disponible y desde el principio^{14, 15, 16}.

1). HORMONOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.

En pacientes no tratados, o en aquellos con tumor que respondan a hormono o quimioterapia se puede con éstas mejoría del dolor, de la astenia, anorexia y síndrome constitucional, si se aplican dichos tratamientos. La respuesta aparece entre la 1ª y la 6ª semana, por ejemplo en: linfomas, tumores germinales, oat cell pulmonar, mama, próstata, endometrio, etc¹³.

2). RADIOTERAPIA.

La radioterapia es una modalidad analgésica eficaz en el 80% de los pacientes con metástasis óseas y de partes blandas, compresión epi o extradural de médula espinal, compresión por adenopatías retroperitoneales, etc. Se puede utilizar en forma de radioterapia externa o radiofármacos (cloruro de Estroncio, Samario)..

Son mínimas las causas de abandono del tratamiento por los efectos secundarios producidos: 7% por empeoramiento del dolor (que siempre sucede al principio); 3% por muerte; 3% por progresión tumoral y no disminución del dolor; 2% por requerimiento del paciente; 1% por toxicidad motivada por el tratamiento¹⁷.

3). TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

En el año 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció las guías para el manejo del dolor, que constan de una escalera de tres niveles, en los cuales se manejan diversas opciones farmacológicas. El uso de esta escala analgésica llega a proveer un control adecuado del dolor hasta en un 90% de pacientes oncológicos, y en sujetos de carácter terminal se reporta hasta un 75% de alivio. Esta escalera es una guía efectiva y práctica, al asistir a los médicos para una correcta selección de los medicamentos, permitiendo pasar al siguiente nivel en caso de ser necesario si las terapias farmacológicas previas han fallado.

Existen diversas propuestas para la modificación de estas guías, siendo un ejemplo la sugerencia de un quinto escalón, donde se contemple desde la terapia implantable, bloqueos líticos subaracnoideos, o incluso la neurocirugía, la cual debería ser usada en pacientes que no respondieron al tratamiento de escalones previos, constituyendo una última opción ante el dolor insoportable que llegan a padecer.

Existen factores que se deben considerar al momento de elegir el tratamiento, entre ellos: naturaleza y severidad de los síntomas que interfieren en la vida del paciente; respuesta a tratamiento previo; estado de la enfermedad; estado físico y psicológico del paciente; preferencia del plan terapéutico por él mismo; condiciones generales del entorno del paciente^{18, 19, 20, 21, 22, 23}.

4). ESTIMULACION ELECTRICA MEDULAR.

Es una técnica analgésica de elección empleada como cuarto escalón en modelos de dolor neuropático y en dolores vasculares, con suficiente experiencia de uso. En el dolor oncológico suele quedar reservada para dolores refractarios de tipo: radicular por infiltración de plexos, neuritis post-irradiación, neuralgias concomitantes en pacientes oncológicos y dolor post-toracotomía o dolor post-resección radical de tumores pélvicos. La limitación viene dada por el elevado coste de los sistemas utilizados para dicha estimulación eléctrica²⁴.

5). TECNICAS NEUROQUIRURGICAS.

Al igual que los bloqueos neurolíticos, el uso de técnicas neuroquirúrgicas ha disminuido drásticamente en los últimos años, si bien deben constituir un paso más a tener en cuenta en el tratamiento de los pacientes con dolor refractario.

Las contraindicaciones serían expectativa de vida muy corta, alteraciones de coagulación, indemnidad de esfínteres, o disfunción pulmonar severa homolateral al dolor²⁴.

6). RADIOFRECUENCIA.

La radiofrecuencia consiste en la aplicación de corriente eléctrica para provocar una termocoagulación y la destrucción del nervio. Se usa para provocar una ablación de las vías transmisoras del dolor en el ganglio del trigémino, médula espinal, DREZ (zona de entrada de la raíz dorsal), ganglio de la raíz dorsal, cadena simpática, nervios periféricos y facetas articulares de las vértebras.

Ya que causa destrucción nerviosa esta técnica únicamente se usará como último recurso cuando han fallado las otras modalidades terapéuticas. El calor se genera mediante el paso de una corriente eléctrica alterna de alta frecuencia. Se forma un campo electromagnético alrededor del electrodo activo cuando la frecuencia se sitúa cercana a los 250 kHz. Este electrodo activo se sitúa en el lugar que queremos lesionar.

En el sistema nervioso central las temperaturas superiores a 40-45° C producen lesiones irreversibles. El tamaño que se provoca depende del diámetro del electrodo, de la temperatura y del tiempo. Entre las complicaciones cabe destacar la neuritis postlesional que puede provocar un dolor de mayor intensidad al previo. Otras posibles complicaciones

son las parestesias, síndrome de Claude-Bernard-Horner y una mejoría incompleta del dolor^{25, 26, 27}.

7). VERTEBROPLASTIA/CIFOPLASTIA.

El manejo tradicional de las fracturas vertebrales incluía el uso de analgésico, y la inmovilización con Brace toraco-lumbares, si bien estas fracturas con frecuencia desafortunadamente progresaban resultando en mayor dolor y limitación funcional.

La vertebroplastia es una técnica mínimamente invasiva que consiste en la punción por vía percutánea del cuerpo vertebral enfermo por un hemangioma o tumor que produce dolor y, frecuentemente, hundimiento por micro o macrofracturas. A través de esta punción percutánea se introduce en el cuerpo vertebral un cemento acrílico, que endurece la vértebra para evitar que se siga hundiendo. Pero, además, tiene un marcado efecto antiálgico, debido a la elevada temperatura (más de 100 grados centígrados) a la que fragua el cemento y que rompe las terminaciones nerviosas del cuerpo vertebral..

Indicaciones: lesiones dolorosas desestabilizantes, hemangiomas, tumores malignos, osteoporosis, y fracturas vertebrales por compresión^{28, 29, 30}.

8). TERAPIAS DE APOYO: PSICOLOGICO; SOCIAL; FAMILIAR.

Este tipo de intervenciones psicológicas y conductuales se encaminan a la reducción del sufrimiento, de la angustia, de la pena, del infortunio. Se incrementa la relajación y las diversas formas de confrontar la enfermedad y sus síntomas. Estas intervenciones conductuales se basan en masajes, relajación muscular, terapia musical y ejercicios de condicionamiento, etc^{31, 32}.

OBJETIVO

Evaluar las modificaciones en la percepción del dolor manifestada por los pacientes en función de medidas generales de control sintomático de los mismos en un periodo de tiempo de cuatro semanas.

MATERIAL Y METODOS

-Descripción del estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de los pacientes incluidos en tratamiento paliativo en el Complejo Asistencial de Zamora en el periodo comprendido desde octubre de 2010 a marzo de 2011.

Se incluyeron de manera aleatoria dentro de nuestro estudio un total de 40 pacientes oncológicos en tratamiento sintomático, divididos al cincuenta por ciento según sexo, con el fin de evaluar la utilidad clínica de las intervenciones realizadas en el control sintomático en un periodo de tiempo de cuatro semanas.

Los instrumentos utilizados para nuestro estudio fueron:

-Protocolo clínico diseñado para la recogida de consentimiento de participación en el estudio, datos clínicos y familiares.

-Índice de Karnofsky para la medición del grado de validez física de los enfermos.

-Cuestionario breve modificado del dolor mBPI-sf.

La información se obtuvo por medio de la realización de entrevistas a los enfermos de manera presencial en las visitas programadas, o por medio de comunicación telefónica en pacientes a los cuales no se les podía visitar en los tiempos establecidos para la realización de dicha entrevista.

Se realizaron tres determinaciones: basal en el momento de la inclusión en el estudio, tras dos semanas y por último a las cuatro semanas.

-Escala empleadas.

Índice de Karnofsky: permite determinar el estado basal funcional o "status performance" del paciente, facilitando el conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas, siendo por ello un elemento predictor independiente de mortalidad, tanto en patologías oncológicas o no, ayudando por ello a la toma de decisiones clínicas y a la valoración del impacto de un tratamiento y/o la progresión de la enfermedad del paciente.

Con todo ello se puede decir que un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los seis meses siguientes. Las valoraciones comprenden:

100: Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.

90: Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.

80: Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.

70: Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.

60: Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.

50: Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.

40: Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.

30: Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.

20: Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.

10: Moribundo.

0: Fallecido.

Cuestionario breve de dolor mBPI-sf: los tres primeros ítem cuantifican el dolor experimentado por el paciente en las últimas 24 horas. El cuarto hace referencia a la intensidad del dolor en el momento de realización de la prueba. El quinto ítem incluye a su vez siete ítem más en los cuales se incluye una valoración del grado de interferencia del dolor con la actividad funcional, el estado de ánimo y las relaciones sociales. La valoración de la intensidad y del grado de interferencia se realiza mediante escalas numéricas de 0 a 10.

RESULTADOS

El tamaño de la muestra del estudio fue de 40 pacientes, divididos en dos grupos de 20 individuos respectivamente según el sexo. Existieron cuatro pérdidas en el grupo de hombres y 2 en el de mujeres por fallecimiento, no produciéndose salidas del estudio por otros motivos.

La distribución de tumores observada, y su desglose según sexo aparece recogida en las figuras 1 y 2, respectivamente:

En la tabla 1 se describe la distribución de las medias en las tres determinaciones realizadas, teniendo en cuenta dos variables:

1. El dolor más intenso que ha tenido (D1/ D15_1/ D30_1).
2. Lo que influye ese dolor en diferentes aspectos de su vida diaria: actividad general, estado de ánimo, capacidad de andar, trabajo normal, relaciones con otras personas, sueño y disfrute de la vida (D_A-G/ D15_A-G/ D30_A-G).

Se objetivó que tanto la media de dolor como la otra variable analizada (dolor/funcionalidad) fueron progresivamente descendiendo desde la primera determinación hasta la última, reduciéndose a más de la mitad del valor inicial (figura 3).

Las medias observadas en las variables estudiadas en los dos grupos están recogidas en la tabla 2, y su evolución temporal en las figuras 4 y 5.

En la tabla 3 se recogen los resultados relativos a la correlación existente entre la percepción que el paciente tiene de la calidad de vida según el cuestionario QLQ-C30, y la percepción de lo que ese dolor interfiere en sus capacidades funcionales. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos sólo entre la calidad de vida percibida (en cualquiera de sus determinaciones) y la influencia del dolor en la funcionalidad, en la medición basal.

Se utilizó un modelo de regresión lineal para tratar los datos obtenidos, considerando que las variables siguen una distribución normal.

Según los estudios de contraste empleados (tabla 4) observamos que existe una relación estadísticamente significativa entre el dolor más intenso y el Karnofsky que presenta el paciente, si analizamos al conjunto de sujetos. Pero esta asociación no existe al compararla en función del sexo.

Al estudiar individualmente a cada paciente (tabla 5) también se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar dolor más intenso/ Karnofsky, pero no así en relación con el sexo.

Analizando de forma más detallada los datos obtenidos se observa (tabla 6) significación estadística entre las tres determinaciones realizadas con respecto al dolor más intenso, comparándolas dos a dos. Sin embargo si las realizamos teniendo en

cuenta dolor más intenso/ Karnofsky, sólo se encontró diferencia significativa al comparar la determinación en el día 30 frente al 15. Si analizamos dolor más intenso/ sexo no encontramos significación en ninguna de las determinaciones.

Si se analiza la variable dolor/ funcionalidad no existe una diferencia estadísticamente significativa al compararla con el Karnofsky que presenta el paciente ni con el sexo (tabla 7), teniendo en cuenta a la totalidad de los individuos.

Si comparamos (tabla 8) los datos dolor/ funcionalidad con el Karnofsky en cada sujeto se objetivan diferencias estadísticamente significativas, pero esta relación no se observa al compararlo con el sexo.

Analizando de forma más detallada los datos obtenidos se obtuvo significación estadística entre las tres determinaciones realizadas con respecto a influencia del dolor en la funcionalidad del sujeto, comparándolas dos a dos. Sin embargo si se realiza teniendo en cuenta dolor/ funcionalidad/ Karnofsky, sólo se encuentra significación al comparar la determinación en el día 30 frente al 15. Si se analiza dolor/ funcionalidad/ sexo no se obtiene significación en ninguna de las determinaciones (tabla 9).

En las figuras 6 y 7 se reflejan los datos que obtenidos acerca del grado en que el dolor que presentan los pacientes influye en su actividad general.

En cuanto a la influencia del dolor sobre el estado de ánimo se aprecia que, al igual que en el caso precedente, también es más significativa su relación en las mujeres, condicionando un peor estado anímico (figuras 8 y 9).

En cuanto a la relación entre dolor y capacidad de andar la diferencia es más llamativa cuanto más intenso es la manifestación algica, igualándose en el resto de las determinaciones, aunque siempre existe una mayor susceptibilidad en las mujeres, si bien la diferencia sea escasa (figuras 10 y 11).

La relación entre el dolor y la capacidad para llevar a cabo el trabajo normal queda reflejada en las figuras 12 y 13. En este caso es todavía más llamativa la influencia que el dolor tiene en las mujeres para desempeñar su trabajo habitual.

En cuanto a la asociación entre el dolor y relaciones con otras personas se sigue observando que es más

susceptible la mujer que el hombre, salvo en la determinación del día 30 en la que se invierten los valores (figuras 14 y 15).

Atendiendo a la relación intensidad del dolor y sueño se encontró también asociación, de tal modo que a medida que se controla el dolor mejora asimismo el patrón de sueño, resultando la mujer, como en los casos anteriores, más sensible a los cambios (figuras 16 y 17).

El último aspecto analizado fue la relación del dolor con el disfrute de la vida, y también en este caso se ve que existe una relación directamente proporcional entre las dos variables. Nuevamente en el caso de las mujeres aquél influye más en la percepción que ellas tienen sobre su disfrute de la vida (figuras 18 y 19).

DISCUSIÓN

En este estudio se observa una importante reducción en la media de la intensidad del dolor percibida por los pacientes durante el tiempo analizado, lo cual apoya los datos reflejados en otras publicaciones, confirmando así que con un correcto tratamiento analgésico es posible un buen control del dolor sin efectos secundarios importantes que interfirieran significativamente en su manejo^{33, 34, 35, 36, 37}.

Por otro lado se objetiva asimismo la existencia de una relación inversamente proporcional entre el dolor y el grado en que influye en la funcionalidad del paciente, es decir, que a menor dolor menor interferencia. Por todo esto, cabría esperar una mejora en la Calidad de Vida del individuo, lo cual como se ha visto en el estudio no se verifica, concluyendo de forma evidente que aunque el dolor es un factor decisivo de la Calidad de Vida, no es sin embargo el único y que por lo tanto existen muchos otros factores que debemos tener en cuenta y sobre los cuales tendremos que incidir. Existen multitud de estudios en los que se ha investigado sobre los factores que condicionan la Calidad de Vida en los pacientes oncológicos y sobre los que sería necesario intervenir para mejorarla; de entre todos ellos el más fácil de manejar es el dolor, como hemos podido ver en nuestro análisis, pudiéndose controlar hasta en un 90-95% de los casos con medidas farmacológicas, siendo necesario sólo en un 5-10% de sujetos el uso de técnicas invasivas como las ya mencionadas en la introducción. Sin embargo, todavía hoy en día son numerosos los pacientes con cáncer, como hemos venido reiterando a lo largo de todo el trabajo, que continúan padeciendo dolores intensos debidos a un

mal control del dolor por parte de los profesionales que los atienden, por incumplimientos terapéuticos, efectos secundarios no controlados adecuadamente, etc...^{38, 39}.

Para conseguir un control adecuado del dolor fue necesario, en primer lugar, una exhaustiva anamnesis acerca de las manifestaciones álgicas que presentaba cada paciente, titular la dosis de los analgésicos empleados (al ser preciso el uso de opioides mayores en el 100% de los pacientes que padecían dolor intenso), prevenir los probables efectos secundarios de los mismos y sobre todo resultó necesaria una correcta educación al paciente y cuidadores acerca del concepto de dolor. Los principales problemas que se observaron en la mejoría del control analgésico estuvo en relación con dificultades en la comprensión por parte de los participantes acerca de la necesidad de una analgesia pautada y la utilización de las dosis de rescate, lo cual nos confirma la necesidad de una correcta información sobre el dolor a los pacientes para poder lograr un correcto control del mismo, resultando mucho más complejo un adecuado manejo sin la colaboración implícita de los pacientes, como se ha demostrado en diversos estudios realizados al respecto^{40, 41, 42}. Todos los pacientes presentaron efectos secundarios adversos en mayor o menor intensidad, siendo controlados adecuadamente en cada caso y sin que ello tuviera una repercusión negativa en la monitorización del mismo a largo plazo.

Al evaluar con mayor profundidad los datos obtenidos se observa que al analizar al conjunto de los sujetos existe relación entre el control del dolor y el Karnofsky que presenta el paciente, corroborando que el dolor influye en el "performance status" del paciente, si bien, tal y como ocurría con la Calidad de Vida, no es el único factor condicionante. No obstante, del análisis de potenciales diferencias en cuanto al sexo, se desprende que este último no resulta un factor predictivo de cara a mejor o peor control del dolor^{43, 44}.

Los mismos resultados aparecen si se analiza individualmente a cada paciente, aunque si somos más minuciosos se aprecia que al comparar los datos teniendo en cuenta las tres determinaciones temporales, no existe significación entre la basal y la realizada a los 15 días (dolor más intenso/Karnofsky), lo cual podría ser debido a la incidencia de efectos secundarios derivados del tratamiento que condicionaran una estabilización o empeoramiento en el "performance status" que presentaba en ese momento el paciente.

Si se estudia la variable dolor/ funcionalidad respecto al total de los individuos se ve que no existe relación significativa ni con respecto al Karnofsky ni al sexo que presenta el paciente; es decir, que aunque logremos un mejor control del dolor y por tanto mejore la funcionalidad del paciente con respecto a la manifestación álgica, la capacidad funcional mencionada puede empeorar, y por tanto su "performance status", tanto como consecuencia del resto de factores que la condicionan como por una rápida progresión propia, al igual que sucedía con la Calidad de Vida.

Sin embargo, si los datos son analizados individualmente para cada sujeto del estudio se aprecia la existencia de una relación entre control del dolor y funcionalidad con respecto al Karnofsky que presenta el paciente; es decir, que si controlamos el dolor mejora su funcionalidad, y por tanto también su "performance status"; lo cual es lógico. Por otra parte, valorando detalladamente los resultados, al comparar dos a dos las tres determinaciones temporales se objetiva que tampoco con respecto a dicha variable existe significación al comparar la basal y la realizada a los 15 días. Posiblemente también en este caso es debido a la incidencia de efectos secundarios derivados del tratamiento lo que condicione su Karnofsky. A priori, el sexo tampoco resulta en este contexto una variable a tener en cuenta como predictor de cara a alcanzar o no una mejor funcionalidad^{45, 46}.

Por tanto, un mejor control del dolor no siempre va llevar implícito un "performance status" más apropiado, ni una Calidad de Vida más favorable, ya que son muchos, como hemos visto a lo largo del trabajo, los determinantes de la Calidad de Vida, siendo el dolor únicamente uno más de los mismos, resultando un factor fácilmente controlable y evitable en la inmensa mayoría de los pacientes con cáncer. Todo ello coincide con los estudios que se han realizado sobre dolor, performance status y Calidad de Vida.

Al analizar la media de intensidad del dolor según tipo de tumor y sexo se obtuvieron los siguientes resultados (figuras 20, 21 y 22).

Como puede observarse en dichas figuras, en la mayor parte de los tumores y para ambos sexos, aunque se partía de medias de intensidad elevada se consigue controlar la clínica álgica, alcanzando valores en rango moderado-bajo. No es el caso de los tumores pulmonares en hombres, y en menor proporción en mujeres, en los que a pesar de

tratamiento adecuado persisten medias de intensidad de dolor elevadas. En cuanto a los tumores de origen urológico en el estudio se observó que para ambos sexos resultan sin lugar a dudas los menos relacionados con dolor intenso. Datos similares se encuentran en otros estudios realizados al respecto^{47, 48, 49}.

A pesar de partir de unos valores similares de intensidad del dolor, se ha visto que la relación es más estrecha en el caso de las mujeres, aunque después de analizar estadísticamente los datos no se haya conseguido significación estadística. Por otro lado queda claro que el dolor interfiere en multitud de aspectos de la funcionalidad de las personas afectadas por cáncer. Es evidente que en todos los casos, a mayor intensidad del dolor, más patente es la influencia que éste tiene en los distintos aspectos de la vida diaria (actividad general, estado de ánimo, capacidad de andar, trabajo normal, relaciones con otras personas, sueño y disfrute de la misma), mejorando aquélla al conseguir un control adecuado del dolor, lo cual coincide plenamente con las apreciaciones recogidas en otros estudios revisados al respecto^{50, 51, 52, 53, 54, 55}.

Diversos trabajos han intentado evaluar posibles discrepancias en cuanto a la percepción del dolor y su influencia sobre el estado de ánimo, sueño, etc..., según el sexo; y aunque no son del todo concluyentes, sí que parece encontrarse diferencias atribuibles al género, pudiendo deberse a una distinta integración de roles, factores psicosociales, diferentes expectativas, estados de ánimo, etc... En los resultados obtenidos en el presente trabajo, al analizar estadísticamente los datos se observa que no existe realmente asociación estadísticamente significativa, aunque al valorar de forma individual dichos valores, sí parecen estar presentes estas diferencias. En el estudio que nos ocupa puede no haberse llegado al grado de significación por posibles discrepancias en cuanto a las pérdidas, ya que éstas han sido mayores en el grupo de varones, pudiendo haber alterado los resultados finales^{53, 54, 55}.

En definitiva, el dolor en el paciente oncológico es un factor determinante del "performance status" y de la Calidad de Vida, y por tanto debe reconocerse su existencia y tratarse de forma adecuada para proporcionar una atención de calidad a nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

1. El dolor es un factor decisivo en la Calidad de Vida y el "performance status" del paciente oncológico.
2. Una buena evaluación y descripción del tipo e intensidad del dolor que presenta el paciente es primordial para su correcto tratamiento.
3. Debe ser una prioridad para el médico que trata a un paciente oncológico con dolor intenso el conseguir un control óptimo del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clínica Universidad de Navarra [sede web]. Pamplona: Area de salud; 2008 [acceso 5 de junio de 2011]. Pérez Cajaraville J. El dolor en el paciente oncológico. Disponible en: <http://www.cun.es/areadesalud/areas/dolor/temas-sobre-dolor/el-dolor-en-el-paciente-oncologico/>
2. International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1980; 8: 249-52.
3. Velázquez Monroy N, Vázquez Torres LG, Alvarado Aguilar S. Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. *Cancerología*. 2009; 4: 19-29.
4. García Gómez R. Definición y tipo del dolor. Madrid: Servicio Oncología Médica. H.G.U. Gregorio Marañón.
5. Morales Alpízar C, Salas Herrera I. Manejo farmacológico del dolor en el paciente oncológico. *Acta Med Costarric*. 2004; 46: 114-24.
6. Centeno C, Pérez R, Hernansanz S, Sanz Rubiales A. El dolor en el cáncer avanzado. Conceptos básicos. En: López E, editor. *Cuidados paliativos en Enfermería*. Madrid: Editorial Interamericana; 1998, p. 85-9.
7. Sanz A, Centeno C. Valoración del dolor único o múltiple. ¿Cuántos y de qué clase? Medida del dolor. En: Sanz Ortiz J, editor. *El control del sufrimiento evitable. Terapia analgésica*. Madrid: Editorial You&US; 2000, p.51-65.
8. Gómez P. Semiología, evaluación y glosario del dolor en cáncer. En: Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. *Libro de dolor y cáncer*. Bogotá: ACED Editores; 2009. p1-17.
9. Nekolaichuk CL, Fainsinger RL, Lawlor PG. A validation study of a pain classification system for advanced cancer patients using content experts: the Edmonton Classification System for Cancer Pain. *Palliat Med*. 2005; 19: 466-76.
10. Fainsinger RL, Nekolaichuk C, Lawlor P, Hagen N, Bercovitch M, Fisch M, et al. An international multicentre validation study of a pain classification system for cancer patients. *Eur J Cancer*. 2010; 46: 2896-904.
11. Cassinello J. Evaluación y medición del dolor oncológico. En: *Dolor oncológico. Reunión de expertos*. Salamanca; Cátedra Extraordinaria del Dolor. Fundación Grunenthal. Universidad de Salamanca; 2005. p. 42-8.
12. del Castillo de Comas C, Díaz Díez-Picazo L, Barquinero Canales C. Medición del dolor: escalas de medida. *JANO [revista en Internet]* 2008 24-30 octubre. [acceso 5 de junio de 2011]; 1712. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1712/44/00440047_LR.pdf
13. Félix Sancho J, López G, Sancho A, Ávila C, Grande ML, Caballo L, et al. Tratamiento del dolor oncológico. *Psicooncología*. 2006; 3: 121-38.
14. Soares LG, Chan VW. The rationale for a multimodal approach in the management of breakthrough cancer pain: a review. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007; 24: 430-9.
15. Brogan S, Junkins S. Interventional therapies for the management of cancer pain. *J Support Oncol*. 2010; 8: 52-9.
16. Cope DK, Zhao Z. Interventional management for cancer pain. *Curr Pain Headache Rep [revista en Internet]* 2011 May 19. [acceso 5 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/y4r5532774rh36ux/fulltext.pdf>
17. Centeno C, González C. Radiotherapy for palliation of symptoms. En: Fisch MJ, Bruera E, editores. *Handbook of advanced cancer care*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003, p.27-39.
18. Pergolizzi JV, Taylor R, Raffa RB. Extended-release formulations of tramadol in the treatment of chronic pain. *Expert Opin Pharmacother [revista en Internet]*. 2011 May 24. [acceso 5 de junio de 2011]. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1517/14656566.2011.576250>
19. Deer TR, Smith HS, Burton AW, Pope JE, Doleys DM, Levy RM, et al. Comprehensive consensus-based guidelines on intrathecal drug delivery systems in the treatment of pain caused by cancer pain. *Pain Physician*. 2011; 14: E283-E312.

20. Hayek SM, Deer TR, Pope JE, Panchal SJ, Patel VB. Intrathecal therapy for cancer and non-cancer pain. *Pain Physician*. 2011; 14: 219-48.
21. Rubiales AS, Centeno C. Pamidronate and metastatic breast cancer (letter). *N Engl J Med*. 1997; 336: 1609-10.
22. Centeno C, Sanz A, Vara F, Bruera E. Metástasis óseas: Manifestaciones clínicas y complicaciones. Un tratamiento multidisciplinar. *Medicina Paliativa*. 2001; 2: 100-9.
23. Pernia A, Torres LM. Tratamiento del dolor oncológico intenso. En: Astudillo W, Montiano E, Salinas-Martin A, Díaz-Albo E, Mendinueta C, editores. *Manejo del cáncer en Atención Primaria*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2009. p. 177-200.
24. Cavallini M, La Torre M, Citone M, Rossi M, Rebonato A, Nava AK, et al. A novel approach in surgical palliation for unresectable pancreatic cancer with untreatable chronic pain: radiofrequency ablation of pancreatic mass and celiac plexus. *Am Surg*. 2010; 76: 108-9.
25. Davis MP. Recent advances in the treatment of pain. *F1000 Med Rep*. 2010; 2: 63.
26. Tancioni F, Lorenzetti MA, Navarria P, Pessina F, Draghi R, Pedrazzoli P, et al. Percutaneous vertebral augmentation in metastatic disease: state of the art. *J Support Oncol*. 2011; 9: 4-10.
27. Siemionow K, Lieberman IH. Vertebral augmentation in osteoporosis and bone metastasis. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2007; 1: 323-7.
28. Chew C, Craig L, Edwards R, Moss J, O'Dwyer PJ. Safety and efficacy of percutaneous vertebroplasty in malignancy: a systematic review. *Clin Radiol*. 2011 ; 66: 63-72.
29. Goerling U, Foerg A, Sander S, Schramm N, Schlag PM. The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical-oncology department. A randomised controlled study. *Eur J Cancer* [revista en Internet]. 2011 May 23. [acceso 5 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804911003108>
30. Bisht M, Bist SS, Dhasmana DC, Saini S. Quality of life as an outcome variable in the management of advanced cancer. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2010 ; 31: 121-5.
31. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin*. 2011; 61: 157-82.
32. Cheung WY, Zimmermann C. Pharmacologic management of cancer-related pain, dyspnea, and nausea. *Semin Oncol*. 2011; 38: 450-9.
33. Currow DC, Wheeler JL, Abernethy AP. International perspective: outcomes of palliative oncology. *Semin Oncol*. 2011; 38: 343-50.
34. Black B, Herr K, Fine P, Sanders S, Tang X, Bergen-Jackson K, et al. The Relationships among pain, non-pain symptoms, and quality of life measures in older adults with cancer receiving hospice care. *Pain Med* [revista en Internet]. 2011 May 3. [acceso 5 de junio de 2011]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1526-4637.2011.01113.x/pdf>
35. Raj PP, Hill CS Jr, Racz G, Heavner J, Grabois M, Neill L, et al. The story of the Texas Pain Society: formation and function of a regional Pain Society. *Pain Pract* [revista en Internet]. 2011 May 26. [acceso 5 de junio de 2011]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1533-2500.2011.00472.x/pdf>
36. de Courcy JG. Interventional Techniques for Cancer Pain Management. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* [revista en Internet]. 2011 May 14. [acceso 5 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S093665511006376>
37. Chou PL, Lin CC. A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial. *J Clin Nurs* [revista en Internet] 2011 May 25. [acceso 5 de junio de 2011]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03740.x/abstract>
38. Allard P, Maunsell E, Labbé J, Dorval M. Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *J Palliat Med*. 2001; 4: 191-203.
39. Maunsell E, Allard P, Dorval M, Labbé J. A brief pain diary for ambulatory patients with advanced cancer: acceptability and validity. *Cancer*. 2000; 88: 2387-97.
40. Cheng KKF, Lee DTF. Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011; 78: 127-37.
41. Burrows M, Dibble SL, Miaskowski C. Differences in outcomes among patients experiencing different types of cancer-related pain. *Oncol Nurs Forum*. 1998; 25: 735-41.
42. Leppert W, Majkovicz M. The impact of tramadol and dihydrocodeine treatment on quality of life of patients with cancer pain. *Int J Clin Pract*. 2010; 64: 1681-7.
43. Gisbert Aguilar A, Gómez Batiste X, Gómez Sancho M, Nuñez Olarte JM. Prevalencia, características y efectividad del tratamiento del dolor en pacientes con cáncer avanzado tratados

- en Servicios de Cuidados Paliativos en España. Estudio ALGOPAL. *Medicina paliativa*. 2007; 14: 169-73.
44. Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain* 1995; 63: 65-76.
45. Carr DB, Goudas LC, Balk EM, Bloch R, Ioannidis JP, Lau J. Evidence report on the treatment of pain in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004; (32): 23-31.
46. O'Mahony S, Goulet JL, Payne R. Psychosocial distress in patients treated for cancer pain: a prospective observational study. *J Opioid Manag*. 2010; 6: 211-22.
47. Wang RC, Wang SJ, Chang YC, Lin CC. Mood state and quality of sleep in cancer pain patients: a comparison to chronic daily headache. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 33: 32-9.
48. Knudsen AK, Brunelli C, Kaasa S, Apolone G, Corli O, Montanari M, et al. Which variables are associated with pain intensity and treatment response in advanced cancer patients? Implications for a future classification system for cancer pain. *Eur J Pain*. 2011; 15: 320-7.
49. Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP Task Force on Cancer Pain. International Association for the Study of Pain. *Pain*. 1999; 82: 263-74.
50. Lin CC, Lai YL, Ward SE. Effect of cancer pain on performance status, mood states, and level of hope among Taiwanese cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2003; 25: 29-37.
51. Tavoli A, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Melyani M. Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC Cancer*. 2008; 8: 177.
52. Hechler T, Chalkiadis GA, Hasan C, Kosfelder J, Meyerhoff U, Vocks S, et al. Sex differences in pain intensity in adolescents suffering from cancer: differences in pain memories?. *J Pain*. 2009; 10: 586-93.
53. Donovan KA, Taliaferro LA, Brock CW, Bazargan S. Sex differences in the adequacy of pain management among patients referred to a multidisciplinary cancer pain clinic. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 36: 167-72.
54. Turk DC, Okifuji A. Does sex make a difference in the prescription of treatments and the adaptation to chronic pain by cancer and non-cancer patients? *Pain*. 1999; 82: 139-48.
55. Fillingim RB. Sex, gender, and pain: women and men really are different. *Curr Rev Pain*. 2000; 4: 24-30.

FIGURAS

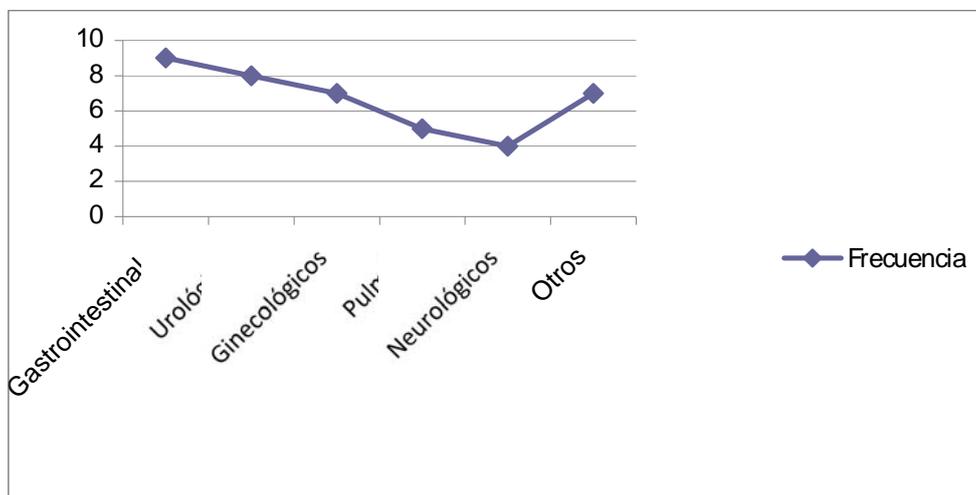


Figura 1.

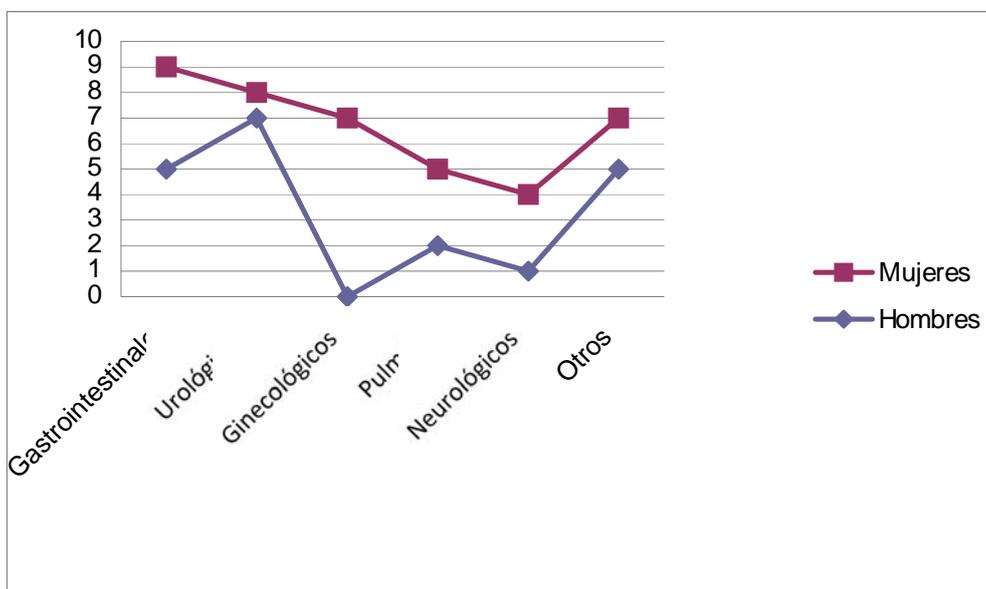


Figura 2.

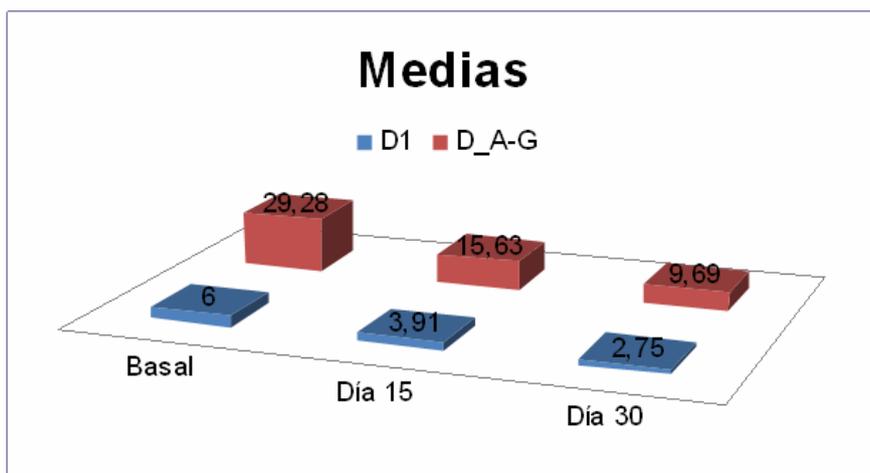


Figura 3.

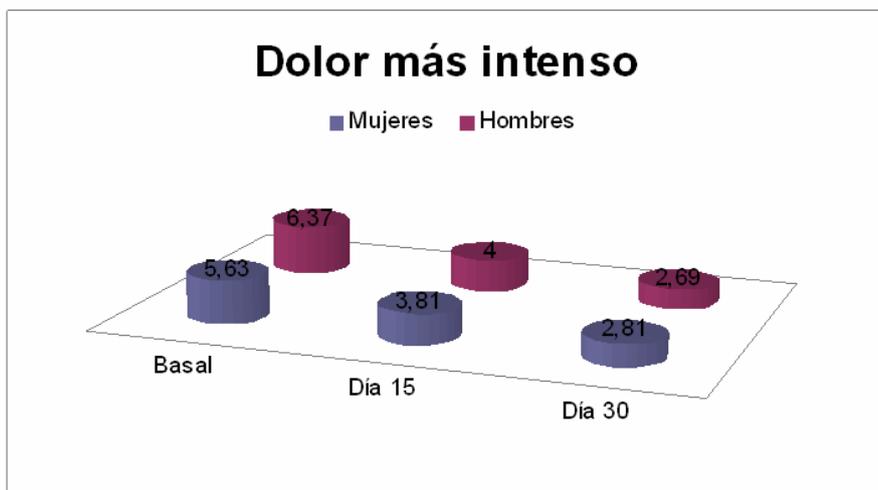


Figura 4.

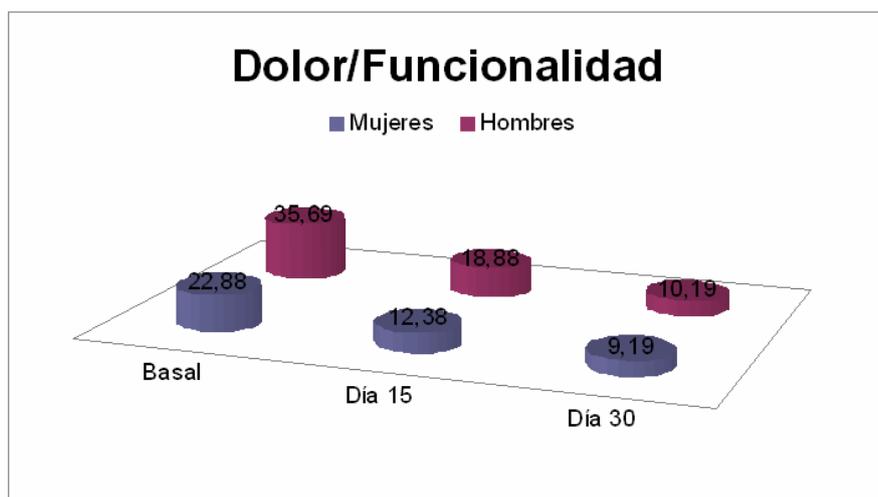


Figura 5.

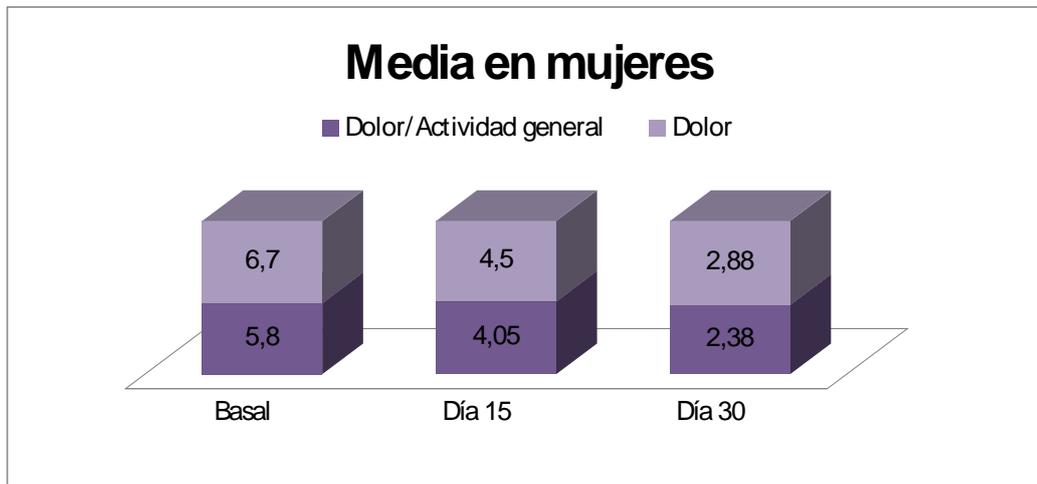


Figura 6.

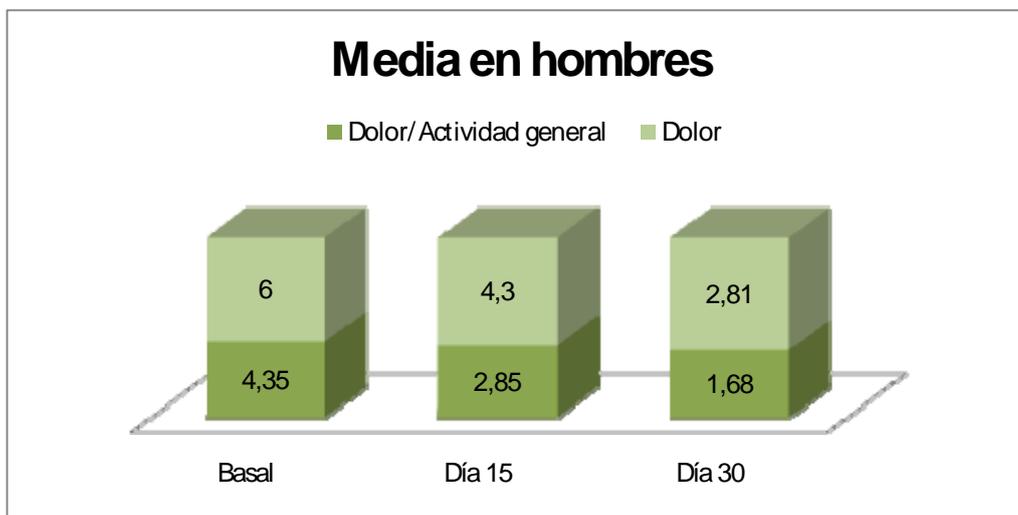


Figura 7.

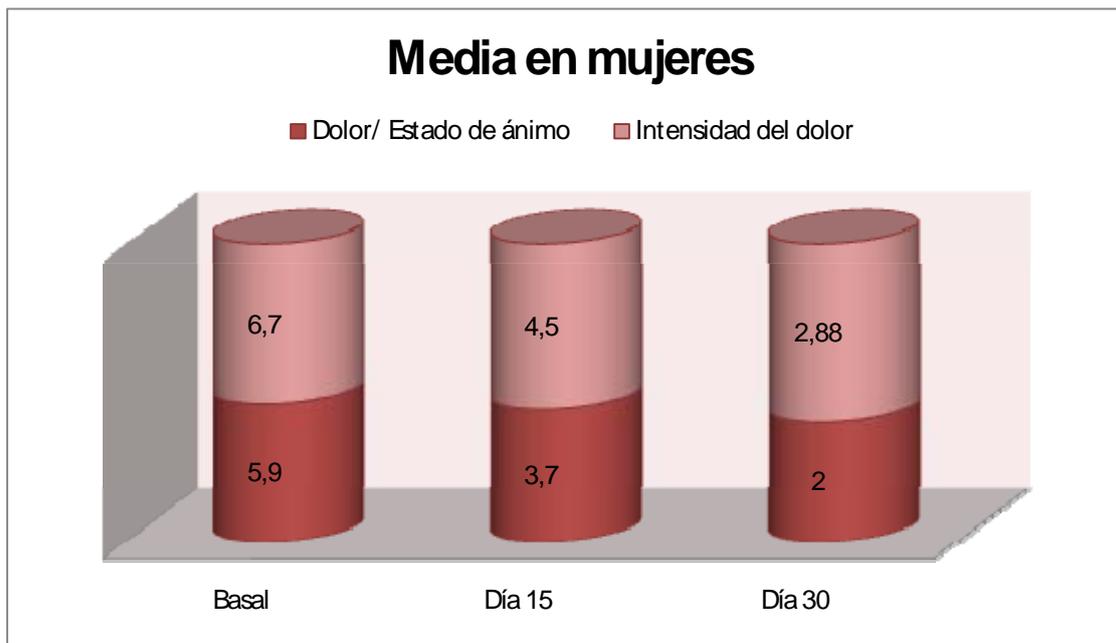


Figura 8.

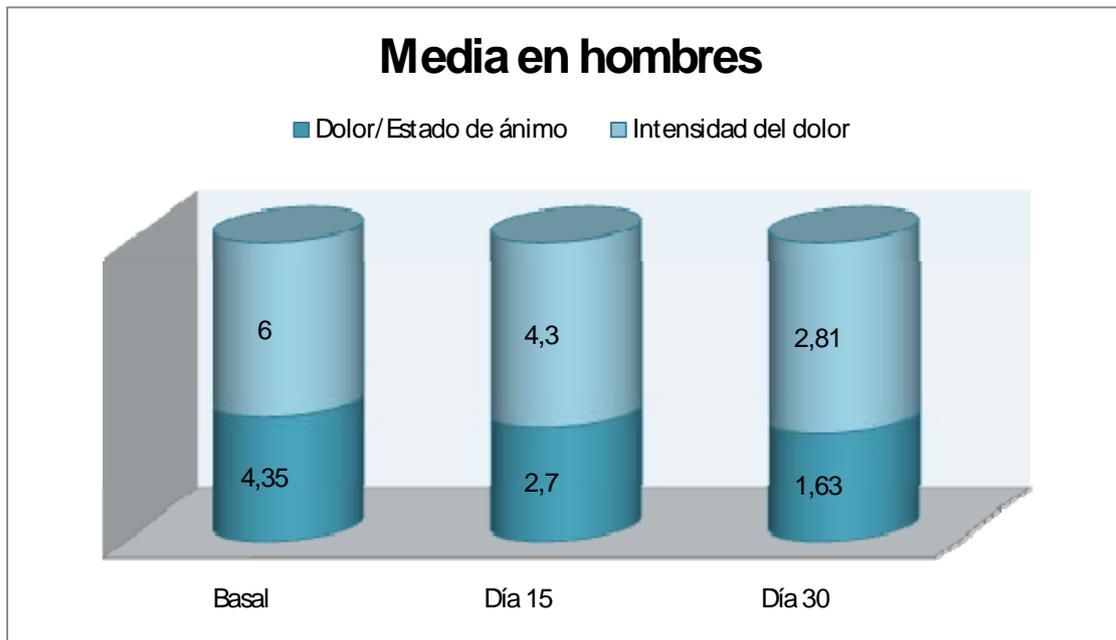


Figura 9.

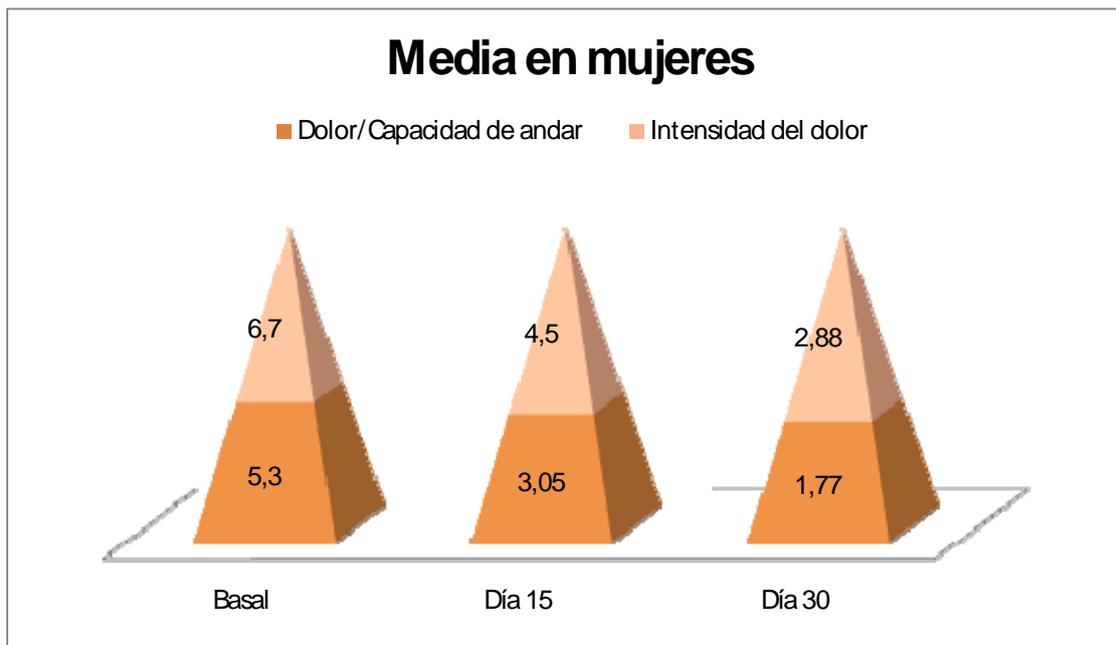


Figura 10.

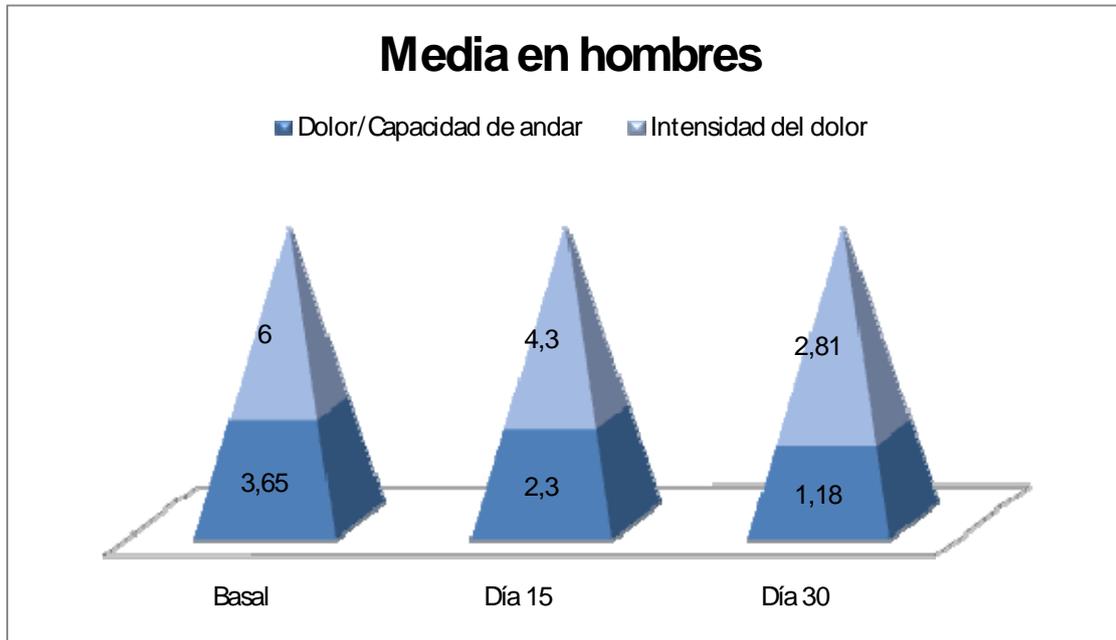


Figura 11.

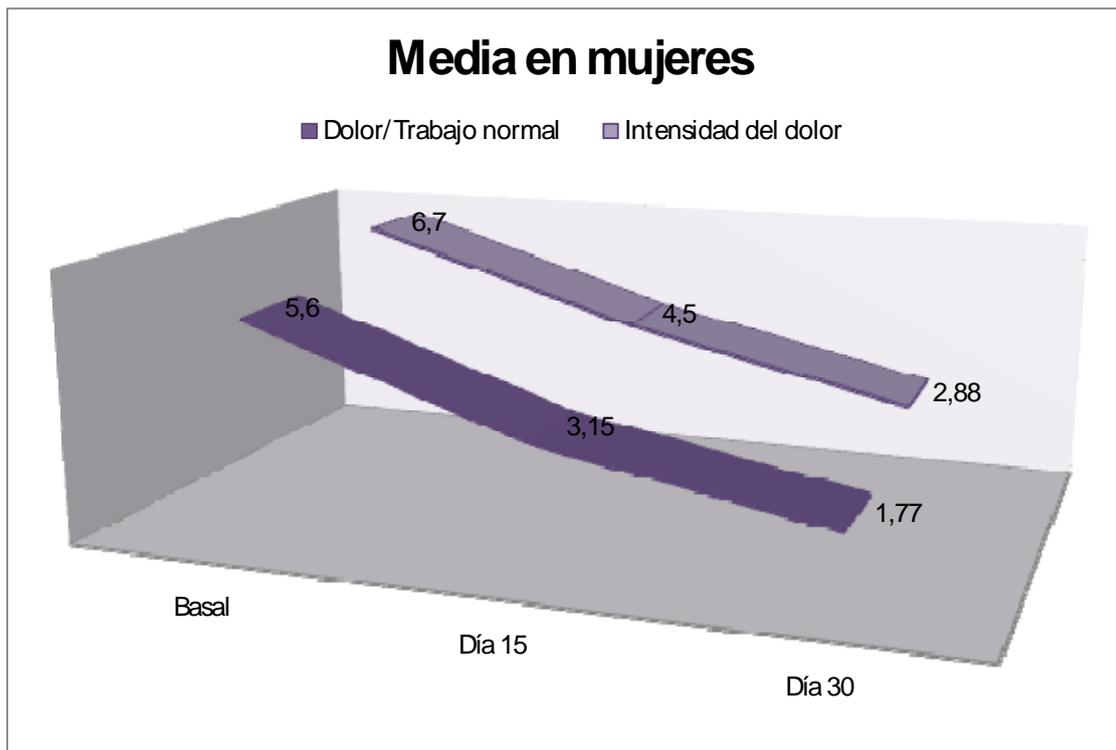


Figura 12.

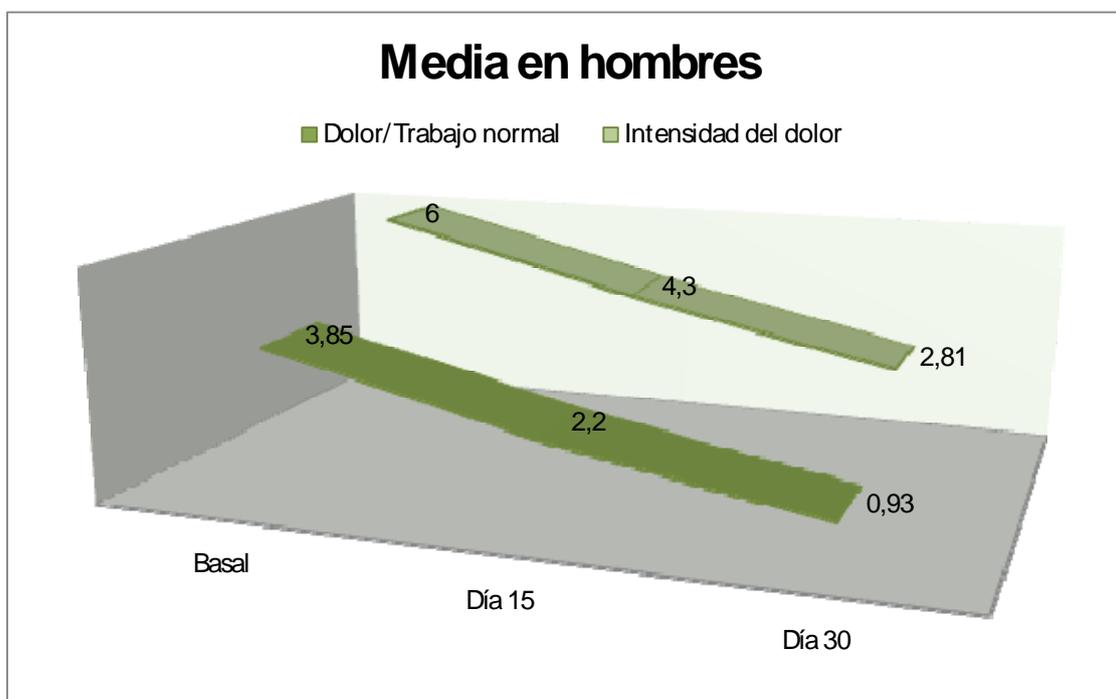


Figura 13.

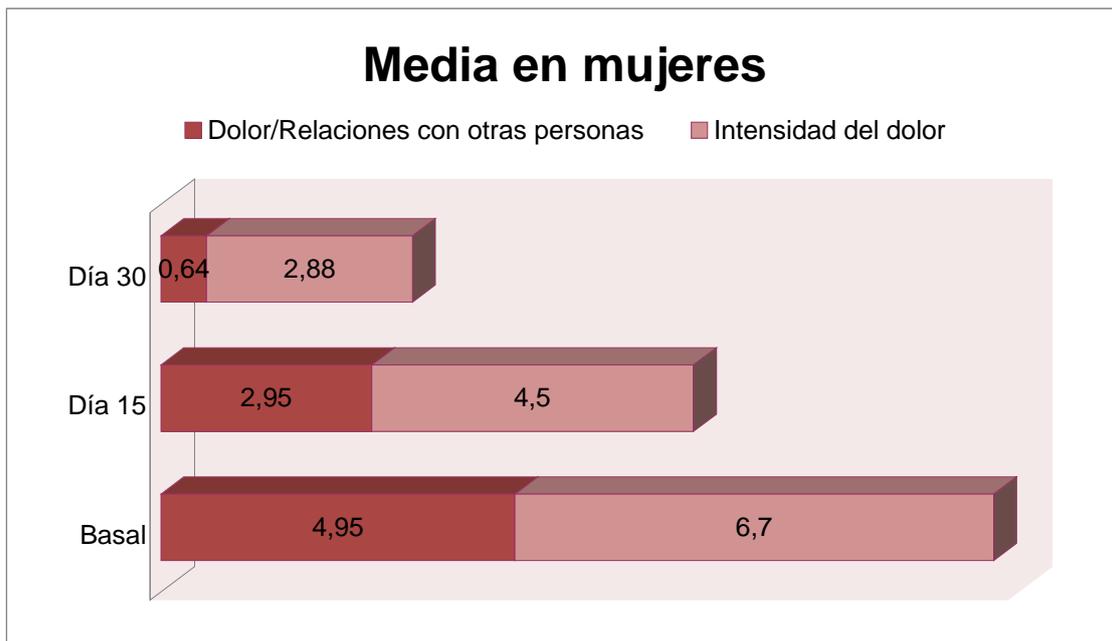


Figura 14.

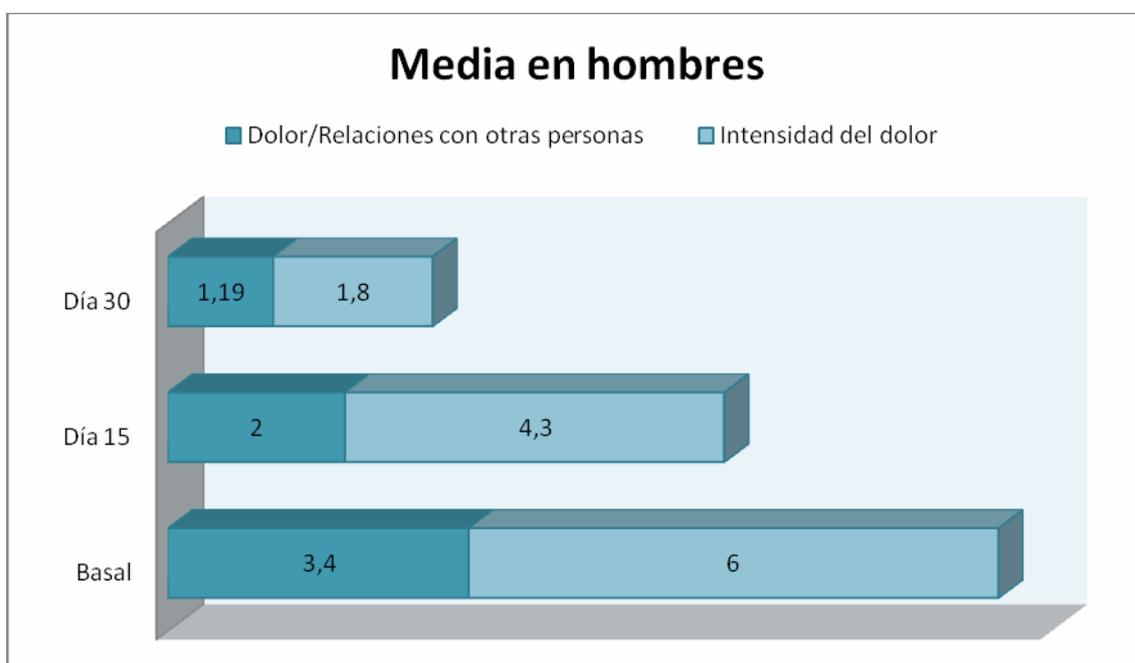


Figura 15.



Figura 16.



Figura 17.

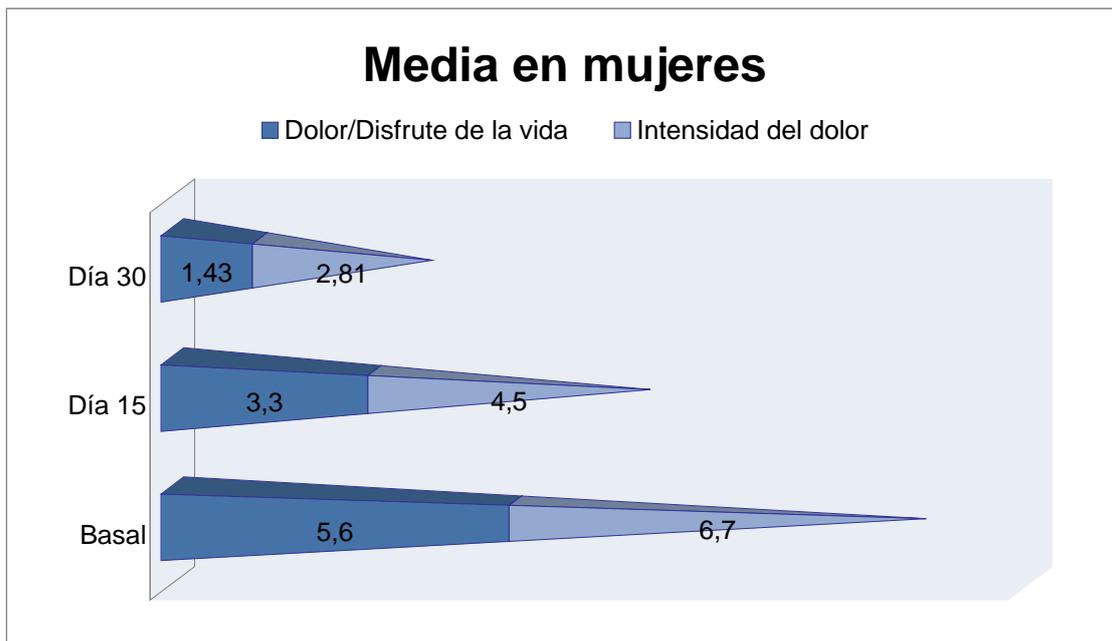


Figura 18.

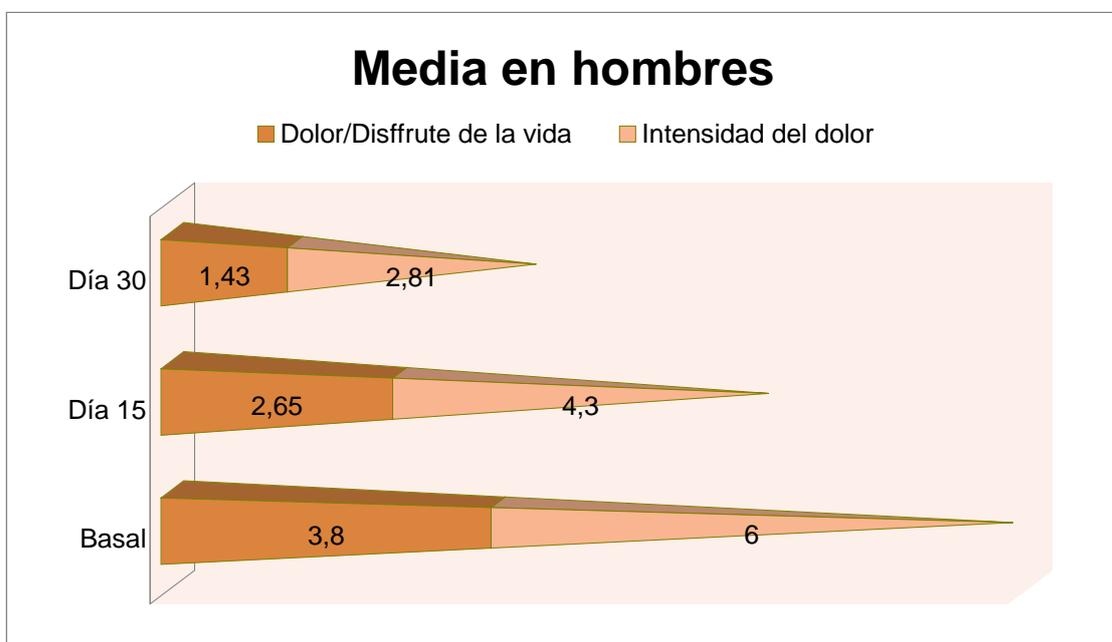


Figura 19.

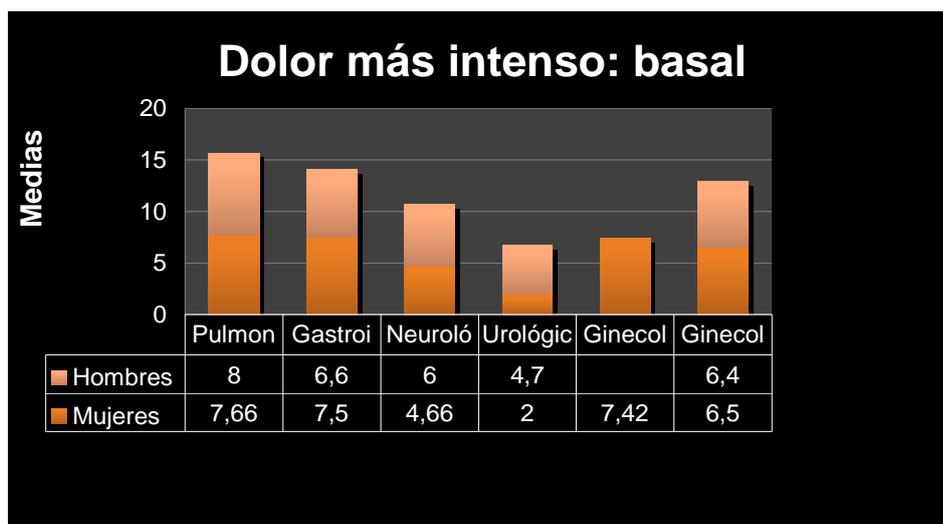


Figura 20.



Figura 21.

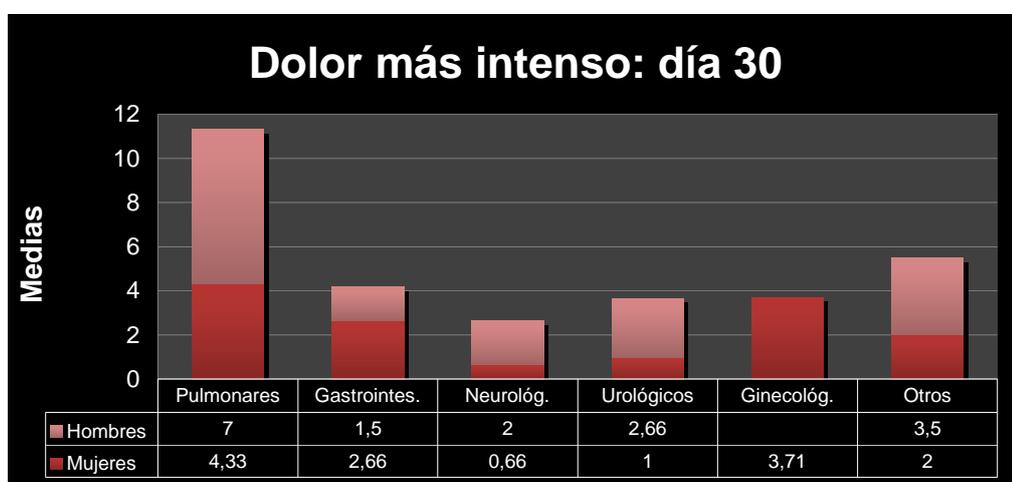


Figura 22

TABLAS

	Estadístico	Error tip.
Karnofsky Media	55,31	2,839
Intervalo de confianza Lím. Inf.	49,52	
Intervalo de confianza Lím. Sup.	61,10	
D1 Media	6,00	,449
Intervalo de confianza Lím. Inf.	5,08	
Intervalo de confianza Lím. Sup.	6,92	
D_A-G Media	29,28	3,632
Intervalo de confianza Lím. Inf.	21,87	
Intervalo de confianza Lím. Sup.	36,69	
D15_1 Media	3,91	,420
Intervalo de confianza Lím. Inf.	3,05	
Intervalo de confianza Lím. Sup.	4,76	
D15_A-G Media	15,63	2,593
Intervalo de confianza Lím. Inf.	10,34	
Intervalo de confianza Lím. Sup.	20,91	
D30_1 Media	2,75	,397
Intervalo de confianza Lím. Inf.	1,94	
Intervalo de confianza Lím. Sup.	3,56	
D30_A-G Media	9,69	2,136
Intervalo de confianza Lím. Inf.	5,33	
Intervalo de confianza Lím. Sup.	14,04	

Tabla 1.

SEXO	KARNFSKY	D_1	D_A-G	D15_1	D15_A-G	D30_1	D30_A-G
1 Media	57,50	5,63	22,88	3,81	12,38	2,81	9,19
N	16	16	16	16	16	16	16
Desv. Típ.	19,149	2,553	17,862	2,228	12,143	2,287	9,840
Mediana	50,00	6,00	24,50	4,00	9,50	3,50	6,00
2 Media	53,13	6,37	35,69	4,00	18,88	2,69	10,19
N	16	16	16	16	16	16	16
Desv. Típ.	12,500	2,553	21,577	2,582	16,577	2,272	14,298
Mediana	50,00	7,00	42,00	3,50	11,50	2,50	3,50
Total Media	55,31	6,00	29,28	3,91	15,63	2,75	9,69
N	32	32	32	32	32	32	32
Desv. Típ.	16,061	2,540	20,543	2,374	14,670	2,243	12,084
Mediana	50,00	7,00	28,50	4,00	9,50	3,00	5,00

Tabla 2.

	C-30	C15_30	C30_30	D_A-G	D15_A-G	D30_A-G
C_30 Correlac. Pearson Sig. (bilateral)	1 .	,708** ,000	,413* ,019	-,588* ,000	-,238 ,189	,113 ,537
C15_30 Correlac. Pearson Sig. (bilateral)	,708** ,000	1 .	,675** ,000	-,471** ,007	-,067 ,716	,265 ,143
C30_30 Correlac. Pearson Sig. (bilateral)	,413* ,019	,675** ,000	1 .	-,378* ,033	-,106 ,564	,049 ,791
D_A-G Correlac. Pearson Sig. (bilateral)	-,588** ,000	-,471** ,007	-,378* ,033	1 .	,652** ,000	,183 ,316
D15_A-G Correlac. Pearson Sig. (bilateral)	-,238 ,189	-,067 ,716	-,106 ,564	,652** ,000	1 .	,445* ,011
D30_A-G Correlac. Pearson Sig. (bilateral)	,113 ,537	,265 ,143	,049 ,791	,183 ,316	,445* ,011	1 .

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 3.

Contrastes multivariados^b.

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Signif.
DD_1 Traza de Pillai	,491	13,517 ^a	2,000	28,000	,000
Lambda de Wilks	,509	13,517 ^a	2,000	28,000	,000
Traza de Hotelling	,965	13,517 ^a	2,000	28,000	,000
Raíz mayor de Roy	,965	13,517 ^a	2,000	28,000	,000
DD_1* KARNOSFKY Traza de Pillai	,289	5,700 ^a	2,000	28,000	,008
Lambda de Wilks	,711	5,700 ^a	2,000	28,000	,008
Traza de Hotelling	,407	5,700 ^a	2,000	28,000	,008
Raíz mayor de Roy	,407	5,700 ^a	2,000	28,000	,008
DD_1* SEXO Traza de Pillai	,011	,159 ^a	2,000	28,000	,854
Lambda de Wilks	,989	,159 ^a	2,000	28,000	,854
Traza de Hotelling	,011	,159 ^a	2,000	28,000	,854
Raíz mayor de Roy	,011	,159 ^a	2,000	28,000	,854

a. Estadístico exacto b. Diseño: Intercept+ KARNOSFKY+ SEXO

Tabla 4.

Pruebas de efectos intra-sujetos.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Signific.
DD_1 Esfericidad asumida	86,803	2	43,402	17,302	,000
Greenhouse-Geisser	86,803	1,895	45,818	17,302	,000
Huynh-Feldt	86,803	2,000	43,402	17,302	,000
Límite-inferior	86,803	1,000	86,803	17,302	,000
DD_1*KARNOFSKY Esfericidad asumida	36,339	2	18,169	7,243	,002
Greenhouse-Geisser	36,339	1,895	19,181	7,243	,002
Huynh-Feldt	36,339	2,000	18,169	7,243	,002
Límite-inferior	36,339	1,000	36,339	7,243	,012
DD_1*SEXO Esfericidad asumida	,946	2	,473	,188	,829
Greenhouse-Geisser	,946	1,895	,499	,188	,817
Huynh-Feldt	,946	2,000	,473	,188	,829
Límite-inferior	,946	1,000	,946	,188	,667
Error(DD_1) Esfericidad asumida	145,494	2	2,509		
Greenhouse-Geisser	145,494	1,895	2,648		
Huynh-Feldt	145,494	2,000	2,509		
Límite-inferior	145,494	1,000	5,017		

Tabla 5.

Pruebas de contrastes intra-sujetos.

Fuente	DD_1	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
DD_1	Nivel 2 - Nivel 1	44,377	1	44,377	9,942	,004
	Nivel 3 - Anterior	96,923	1	96,923	23,198	,000
DD_1*KARNOFSKI	Nivel 2 - Nivel 1	12,751	1	12,751	2,857	,102
	Nivel 3 - Anterior	44,945	1	44,945	10,757	,003
DD_1*SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	1,170	1	1,170	,262	,613
	Nivel 3 - Anterior	,541	1	,541	,129	,722
Error(DD_1)	Nivel 2 - Nivel 1	129,437	29	4,463		
	Nivel 3 - Anterior	121,164	29	4,178		

Tabla 6.

Contrastes multivariados^b.

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Signific.
DD_A-G Traza de Pillai	,336	7,095 ^a	2,000	28,000	,003
Lambda de Wilks	,664	7,095 ^a	2,000	28,000	,003
Traza de Hotelling	,507	7,095 ^a	2,000	28,000	,003
Raíz mayor de Roy	,507	7,095 ^a	2,000	28,000	,003
DD_A-G* KARNOSFKY Traza de Pillai	,161	2,689 ^a	2,000	28,000	,085
Lambda de Wilks	839	2,689 ^a	2,000	28,000	,085
Traza de Hotelling	,192	2,689 ^a	2,000	28,000	,085
Raíz mayor de Roy	,192	2,689 ^a	2,000	28,000	,085
DD_A-G* SEXO Traza de Pillai	,058	,864 ^a	2,000	28,000	,432
Lambda de Wilks	,942	,864 ^a	2,000	28,000	,432
Traza de Hotelling	,062	,864 ^a	2,000	28,000	,432
Raíz mayor de Roy	,062	,864 ^a	2,000	28,000	,432

a. Estadístico exacto

b. Diseño: Intercept+ KARNOSFKY+ SEXO

Tabla 7.

Prueba de efectos intra-sujetos.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Signific.
DD_A-G Esfericidad asumida	2889,806	2	1444,903	10,618	,000
Greenhouse-Geisser	2889,806	1,652	1749,247	10,618	,000
Huynh-Feldt	2889,806	1,652	1553,730	10,618	,000
Límite-inferior	2889,806	1,000	2889,806	10,618	,003
DD_A-G*KARNOSFKY Esfericidad asumida	1105,060	2	552,530	4,060	,022
Greenhouse-Geisser	1105,060	1,652	668,911	4,060	,030
Huynh-Feldt	1105,060	1,860	594,146	4,060	,025
Límite-inferior	1105,060	1,000	1105,060	4,060	,053
DD_A-G*SEXO Esfericidad asumida	354,300	2	177,150	1,302	,280
Greenhouse-Geisser	354,300	1,652	214,464	1,302	,277
Huynh-Feldt	354,300	1,652	190,493	1,302	,279
Límite-inferior	354,300	1,000	354,300	1,302	,263
Error(DD_A-G) Esfericidad asumida	7892,856	2	136,084		
Greenhouse-Geisser	7892,856	1,652	164,747		
Huynh-Feldt	7892,856	1,652	146,333		
Límite-inferior	7892,856	1,000	272,167		

Tabla 8.

Pruebas de contrastes intra-sujetos.

Fuente	DD_A-G	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
DD_A-G	Nivel 2 - Nivel 1	2210,126	1	2210,126	9,831	,004
	Nivel 3 - Anterior	2677,114	1	2677,114	11,172	,002
DD_A-G*KARNOFSKI	Nivel 2 - Nivel 1	728,617	1	728,617	3,241	,082
	Nivel 3 - Anterior	1111,128	1	1111,128	4,637	,040
DD_A-G*SEXO	Nivel 2 - Nivel 1	194,533	1	194,533	,865	,360
	Nivel 3 - Anterior	385,551	1	385,551	1,609	,215
Error(DD_A-G)	Nivel 2 - Nivel 1	6519,821	29	6519,821		
	Nivel 3 - Anterior	6949,419	29	6949,419		

Tabla 9

ANEXO 1.

N.º PACIENTE:

MODIFIED BRIEF PAIN INVENTORY - SHORT FORM (mBPI-sf) (INVENTARIO BREVE MODIFICADO DEL DOLOR - FORMULARIO ABREVIADO)

(1) NOT DONE Language Administered: (107) Spanish for Spain

1. Evalúe su dolor marcando con una 'X' la casilla que mejor describa el PEOR dolor que haya sentido en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor *El peor dolor que se pueda imaginar*

2. Evalúe su dolor marcando con una 'X' la casilla que mejor describa el dolor MÁS LEVE que haya sentido en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor *El peor dolor que se pueda imaginar*

3. Evalúe su dolor marcando con una 'X' la casilla que mejor describa el dolor que haya sentido, en PROMEDIO, en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor *El peor dolor que se pueda imaginar*

4. Evalúe su dolor marcando con una 'X' la casilla que indique el dolor que siente AHORA MISMO.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor *El peor dolor que se pueda imaginar*

5. Marque con una X el número que describa, en referencia a las últimas 24 horas, cuánto ha perturbado el dolor su(s):

A. Actividad general

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No la perturba *La perturba totalmente*

B. Estado de ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No lo perturba *Lo perturba totalmente*

C. Capacidad de andar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No la perturba *La perturba totalmente*

D. Trabajo normal (incluye tanto el trabajo fuera de casa como el doméstico)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No lo perturba *Lo perturba totalmente*

E. Relaciones con otras personas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No las perturba *Las perturba totalmente*

F. Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No lo perturba *Lo perturba totalmente*

G. Disfrute de la vida

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No lo perturba *Lo perturba totalmente*

IMÁGENES EN MEDICINA: Neoplasia renal en adulto joven

E. Martínez Velado

MIR del Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

E-mail: emvelado@hotmail.com

N.A. Cruz Guerra

Licenciado Sanitario Especialista del Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España)

J.M. Sánchez Barrado

Licenciado Sanitario Especialista del Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

M.J. Baizán García

Licenciada Sanitaria Especialista del Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

R. Jorge Sánchez

Licenciado Sanitario Especialista del Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

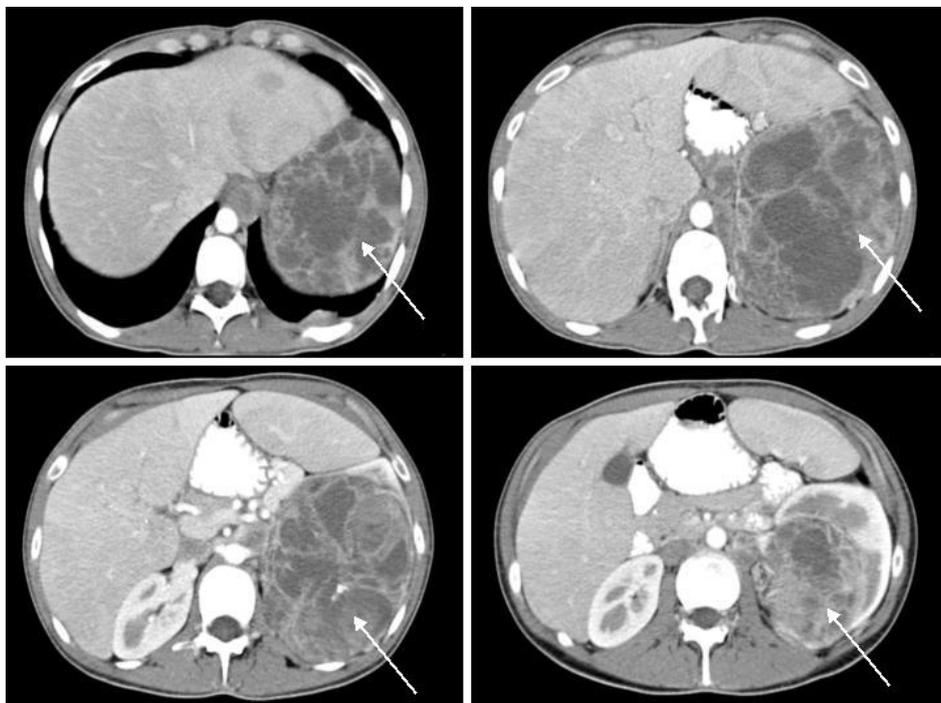


Fig 1. Imágenes de TAC en las que se objetiva neoformación dishomogénea (flechas), de aproximadamente 17 cm de diámetro en polo superior y área mesorrenal izquierda, con múltiples áreas quísticas, tabiques gruesos que realzan con contraste y calcificaciones groseras, todo ello con adenopatías pre- y para-aórticas asociadas.

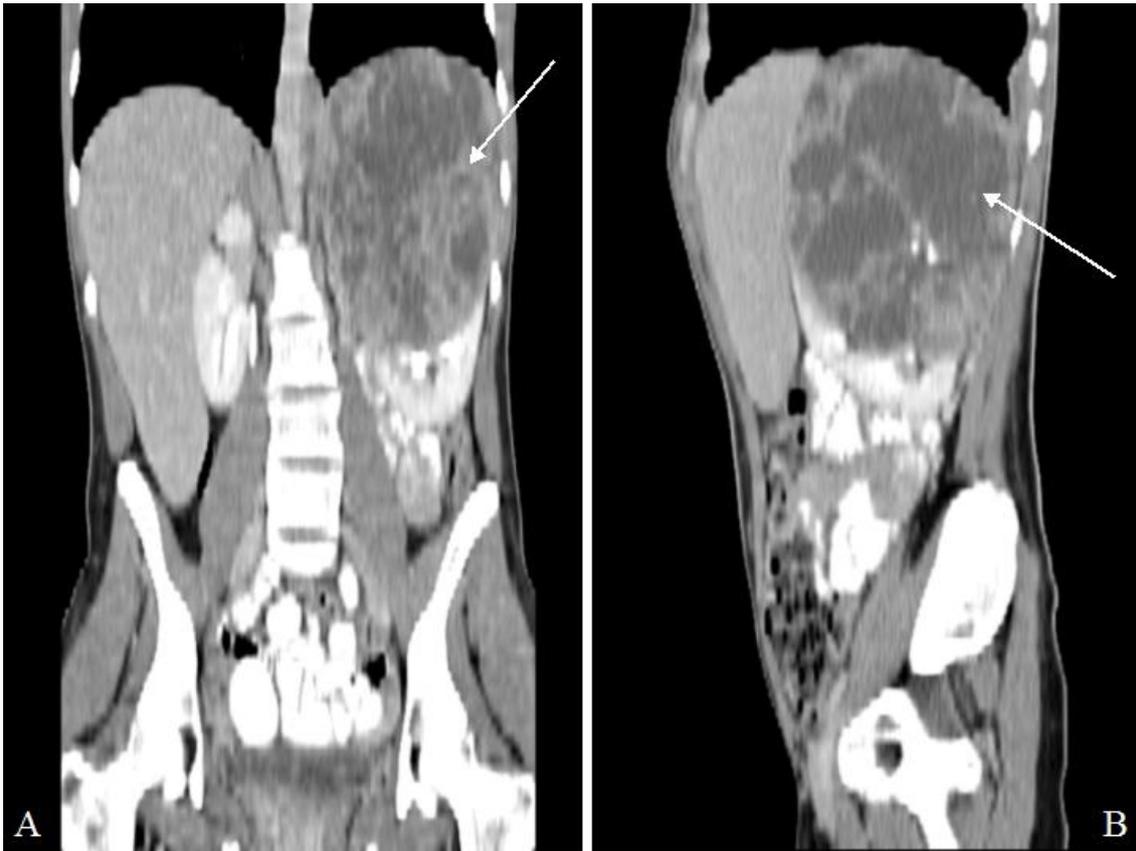


Fig 2. Cortes frontal (a) y sagital (b) de TAC en los que se aprecia la neoformación descrita (flechas).

CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años, fumadora activa. Vista en Medicina Interna por síndrome febril y constitucional de un mes de evolución, refractario a antibioterapia. Acude al Servicio de Urgencias. Hábito asténico y dudoso efecto masa en hipocondrio derecho. Hemoglobina sérica - 7,9 g/ dL -.

La ecografía urológica demostró una neoformación heterogénea renal izda. Se realizó tomografía axial computerizada abdominal (TAC) (figuras 1 y 2), apreciándose neoformación dishomogénea de 17 cm, con adenopatías latero-aórticas asociadas.

Se practicó nefrectomía radical izquierda. Derrame pleural izquierdo al cuarto día, asociado a implantes metastáticos múltiples, y pulmonares derechos, procediéndose a toracocentesis e implante de tubo torácico de drenaje.

El estudio anatomopatológico de la pieza describió un carcinoma de células renales grado nuclear IV de

Fuhrman, con diferentes líneas celulares - claras, papilares, eosinofílicas y fusiformes-sarcomatoides - y patrones variados de crecimiento - papilar, acinar-tubular, quístico y sólido -. Translocación Xp11.2 según estudio citogenético en Centro de referencia.

Deterioro progresivo y exitus siete semanas después.

DISCUSIÓN

Peculiaridad de presentación en paciente joven, fuera de los rangos etarios - quinta a séptima década - de mayor incidencia del carcinoma renal¹. Las dimensiones de la neoformación exceden los valores habituales, lo cual facilita un patrón tomográfico heterogéneo, en función de presencia de áreas necrohemorrágicas, con calcificaciones². Las características histopatológicas heteromórficas, aunque infrecuentes, han sido descritas, e incluso clasificadas³ de acuerdo a la distribución de subtipos concomitantes de neoplasia encontrados.

El carcinoma de células renales con translocación Xp11.2 está bien definido en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud para neoplasias de este órgano⁴. Existe un predominio en edad infantil y adultos jóvenes, - en este último grupo, con mayor proporción en sexo femenino 13:1 y en el 50 % de casos en estadio IV en el momento del diagnóstico -⁵. Su asociación a componente sarcomatoide no parece haberse descrito hasta el momento actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Cerdá JL, Jiménez Cruz JF. Tumores del parénquima renal. En: Jiménez Cruz JF, Rioja Sanz LA, editores. Tratado de Urología. Tomo IV. 2ª ed. Barcelona: Prous Science; 2006. p. 1791-828.
2. Sim JS. Tumores malignos del parénquima renal. En: Kim SH. Imágenes en Urología. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 95-146.
3. Répássy DL, Gaál R, Sebök J. Heteromorphic grade of renal cell cancer. *Acta Chir Hung.* 1999; 38: 335-41.
4. Argany P, Ladanyi M. Renal carcinomas associated with Xp11.2 translocations / TFE3 gene fusions. En: Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA, editores. World Health Organization Classification of Tumours. International Agency for Research on Cancer. Pathology and genetics of tumours of the urinary and male genital organs. Capítulo I: Tumours of the kidney. Lyon: IARC Press; 2004. p. 37-8. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/pat-gen/bb7/BB7.pdf> [acceso 15 de julio de 2010].
5. Argani P, Olgac S, Tickoo SK, Goldfischer M, Moch H, Chan DY, et al. Xp11 translocation renal cell carcinoma in adults: expanded clinical, pathologic, and genetic spectrum. *Am J Surg Pathol.* 2007; 31: 1149-60.

CARTAS AL DIRECTOR: Presentación del Grupo de Investigación en Enfermería

Grupo de Investigación en Enfermería:

A. González Sanz

Enfermera de Unidad de Neuro/Hematología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

E-mail: agonzalezsa@saludcastillayleon.es

C. Villar Bustos

Supervisora Esterilización. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

E-mail: mcvillar@saludcastillayleon.es

M.S. García Calderón

Supervisora. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

E-mail: msgarcia@saludcastillayleon.es

Y. Martín Vaquero

Enfermera experta GACELA. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

E-mail: ymartinv@saludcastillayleon.es

ORIGINAL

A principios de año la Dirección de Enfermería tomó la decisión de crear un grupo de trabajo de Investigación en Enfermería, con esto se cumplía uno de los objetivos del Plan Anual de Gestión 2011, concretamente el objetivo B - 3.3: "Potenciar la investigación del personal de enfermería, especialmente en la aplicación a la práctica clínica de la evidencia científica disponible en cuidados".

El grupo de investigación en enfermería se constituyó en Febrero del presente año, formando parte las siguientes personas:

- Azucena González Sanz, enfermera de Unidad de Neuro/Hematología del Hospital Virgen de la Concha agonzalezsa@saludcastillayleon.es
- Carmen Villar Bustos, supervisora Esterilización Hospital Virgen de la Concha. Grupo investigación EBE atención Especializada. Miembro de la Comisión de Investigación del Complejo Asistencial. mcvillar@saludcastillayleon.es
- Maria Sagrario García Calderón, supervisora Hospital Provincial msgarcia@saludcastillayleon.es

- Yolanda Martín Vaquero, enfermera experta GACELA. Grupo investigación EBE atención Especializada. ymartinv@saludcastillayleon.es

Se acuerda que el grupo de trabajo dependa y colabore con los objetivos de la Comisión de Investigación y Biblioteca del Complejo Asistencial de Zamora.

Desde su formación ha sido un grupo muy activo, se han realizado reuniones mensuales desde el mes de Marzo, salvo los meses de Abril y Mayo durante los cuales se impartieron cursos de formación en los que aprovechamos para reunirnos informalmente.

Una de las primeras tareas asignadas desde la Gerencia Regional para el grupo, ha sido la realización de un Informe sobre Evidencias en cuidados (mediante una Revisión Sistemática) para una de las intervenciones de Enfermería de los Planes de Cuidados Estandarizados que está elaborando el SACyL. Nuestro grupo ha estado trabajando desde su formación en este proyecto. La intervención que estamos revisando es la "NIC 6490 Prevención de las Caídas" en el Paciente Pluripatológico; en este momento nos encontramos en la fase de lectura crítica de los documentos seleccionados.

Entre las necesidades detectadas para conseguir el cumplimiento de los objetivos pactados en el PAG 2011, tanto para el propio grupo como para el resto

de unidades de enfermería, estaba la de recibir más formación en metodología de Investigación EBE (enfermería basada en la evidencia).

Los miembros del grupo participan en la formación que se realiza desde SACyL, destacando la asistencia de tres miembros al Curso Revisiones Sistemáticas de Joanna Briggs.

Se han realizado dos ediciones de un Curso - Taller sobre "Enfermería Basada en Evidencias y su aplicación en la elaboración de protocolos y procedimientos de enfermería con evidencia científica" en los meses de Abril y Mayo acreditado con 2,2 créditos CFC.

Desde el grupo se realiza la propuesta de colaborar en la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros normalizados, para su posterior registro en la Comisión de Investigación del Hospital y su difusión a través de la revista Nuevo Hospital. Se llevaron diferentes propuestas de las distintas unidades y se han empezado a elaborar protocolos. Continúa el seguimiento de los participantes para apoyar en su realización y conseguir normalizarlos durante este año.

En Junio se presenta la declaración de interés del Complejo Asistencial al proyecto Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC) para la implantación, evaluación y difusión de Guías de Buenas Prácticas (GBP) de la Registered

Nurses Association of Ontario (RNAO) promovido por Investén-isciii y el Centro Colaborador Español JBI. Las guías propuestas han sido: Prevención de caídas en personas mayores y lactancia materna. Nos ponemos en contacto con las unidades del hospital involucradas en algún proyecto previo relacionado con las guías elegidas para participar, tenemos que agradecer a las unidades de Traumatología, Neurología, Medicina Interna (HP), Rehabilitación, Parto, Obstetricia y Pediatría su colaboración. En Julio se conoce que el Complejo Asistencial ha sido preseleccionado.

El siguiente paso fue la realización del "Proyecto para la solicitud de acreditación" en el mes de Septiembre. En el momento actual la candidatura ha sido aceptada por parte del centro coordinador y estamos a la espera de conocer en noviembre los centros que finalmente serán seleccionados para desarrollar el proyecto. Esperamos encontrarnos entre los elegidos.

Desde aquí os animamos a todas las interesad@s en participar en alguno de los proyectos, o iniciar un nuevo proyecto de investigación, a publicar y registrar.

Contactar con nosotras a través de los correos electrónicos o personalmente. Sabiendo que contáis con nuestro apoyo. Os esperamos.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista NUEVO HOSPITAL (ISSN 1578-7524. Edición digital) está abierta a todos los profesionales del Complejo Asistencial de Zamora y persigue dos objetivos:

1. Ser fuente de información actualizada ente los Hospitales del Complejo y los posibles usuarios a nivel nacional e internacional.
2. Crear un medio que sirva de estímulo a los profesionales del CAZA (Complejo Asistencial de Zamora) para que difundan los resultados de sus actividades profesionales y de investigación.

Los trabajos que se remitan para la consideración de su publicación, deberán estar relacionados con estos dos objetivos o con los específicamente propuestos por el Comité Editorial en el caso de monográficos o números extraordinarios.

NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos inéditos o aquellos que hayan sido editados en publicaciones que no tengan difusión internacional o sean de difícil acceso (seminarios, actas de congresos, ediciones agotadas, etc.). No se publicarán trabajos que ya estén accesibles en Internet.

Formato de los manuscritos

La lengua de los trabajos será el castellano y no existirá límite en la extensión.

Los trabajos deberán editarse en formato Word, en letra Book Antiqua, de tamaño 10 y con interlineado mínimo. Constarán de las siguientes partes:

Título. Que exprese el contenido del trabajo

Autores. Se reflejarán los dos apellidos y la inicial o iniciales del nombre. Se expresará con asterisco el cargo o puesto de trabajo, servicio o departamento y el nombre completo del Centro de trabajo.

Dirección para la correspondencia. Correo electrónico del autor responsable para la correspondencia interprofesional

Resumen. No superior a las 250 palabras

Palabras clave. De 3 a 6 palabras que reflejen la temática del trabajo

Cuerpo del trabajo. Podrá contener subtítulos que deberán ir en negrita y línea aparte.

Bibliografía: Las referencias bibliográficas deberán elaborarse de acuerdo a los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (estilo Vancouver):

<http://www.metodo.uab.es/enlaces/2006%20Requisitos%20de%20Uniformidad.pdf> (apartado IV.A.9 sobre Referencias Bibliográficas)

Principios éticos y legales

En ningún caso NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos que, en alguna medida, el Comité Editorial considere que promuevan cualquier tipo de discriminación (racial, social, política, sexual o religiosa) o sean ofensivos para la Institución o para alguno de sus profesionales.

Los trabajos deben atenerse a la declaración de Helsinki, respetando las normas éticas de estudio con seres humanos o animales.

NUEVO HOSPITAL no se hace responsable de los trabajos y opiniones expresadas por los autores. El Comité Editorial entiende que los autores firmantes aceptan la responsabilidad legal del contenido publicado.

Recepción de los artículos y comunicación con los autores

El envío de los trabajos se realizará exclusivamente a través de correo electrónico como archivos adjuntos a la dirección revistanuevohospital@saludcastillayleon.es indicando en el asunto "*solicitud de publicación*". Los autores recibirán un correo electrónico acusando recibo de la recepción de los trabajos.

Todos los trabajos recibidos serán evaluados por el Comité Editorial, quien valorará la pertinencia para su publicación y, en los casos que estime necesario, indicará las modificaciones oportunas. Los autores recibirán cualquier decisión a la dirección de correo electrónico desde la que se remitió el trabajo.