

CARRERA DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN CLÍNICA MÉDICA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

---



## Dolor en pacientes internados con cáncer

*La dificultad de objetivar lo subjetivo*

ALUMNO: Gabriela Raquel Capalbo.

TUTOR: Albertina Ghelfi – María Soledad Rodríguez.

Hospital Provincial de Rosario

Año 2018



*Sabe Dios qué angustia te acompañó  
qué dolores viejos, calló tu voz  
para recostarte arrullada en el canto  
de las caracolas marinas.\**

*\*Extracto de "Alfonsina y El Mar" - Félix Luna.*



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	7
<b>OBJETIVOS</b>	9
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	11
Criterios de Inclusión y Exclusión	11
Definiciones	12
Intervenciones	15
Variables	15
Análisis estadístico	17
<b>RESULTADOS</b>	19
Resultados Descriptivos	19
Resultados Analíticos	24
Análisis según sexo	24
Análisis según neoplasia de base	28
<b>DISCUSIÓN</b>	31
Limitaciones	42
Conclusiones	42
Reflexión Final	43
<b>ANEXO 1: Consentimiento informado</b>	45
<b>ANEXO 2: Carta Comité de Ética y Docencia</b>	47
<b>ANEXO 3: Escala Visual Análoga (EVA)</b>	49
<b>ANEXO 4: Escala de Evaluación de Edmonton (ESAS)</b>	51
<b>ANEXO 5: Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor (BPI)</b>	53
<b>ANEXO 6: Cuestionario de Dolor de Mc Gill (SF-MPQ)</b>	55
<b>ANEXO 7: Índice de Control del Dolor (PMI)</b>	57
<b>ANEXO 8: Escalera analgésica de la OMS 1986</b>	59
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	61



# Dolor en pacientes internados con cáncer

*La dificultad de objetivar lo subjetivo*

## INTRODUCCIÓN

El dolor es inherente al ser humano, afecta a la mayoría de las personas en varios momentos a lo largo de su vida, alterando en mayor o menor medida su vida personal, social o profesional. El dolor es la causa más frecuente de consulta en la práctica médica (1)(2)(3)(4). Dentro de la población general, el dolor aumenta en frecuencia según aumenta la edad de la población, presentándose hasta en el 20% de los individuos, usualmente en forma de cefaleas, lumbalgias y mialgias (5)(6). De esta población la mayoría presenta dolor crónico, y han visitado a un médico entre una y nueve veces (7).

Entre los pacientes oncológicos el dolor es el síntoma más temido. En una revisión de 52 artículos se observó que el dolor prevalecía en sujetos con cáncer, alcanzando hasta un 64% del total de los que presentaban enfermedad metastásica o en estadio avanzado, hasta el 59% de aquellos con tratamiento antineoplásico y hasta en un 33% después del tratamiento curativo (8). Dentro de estos, los que presentaban dolor moderado a intenso fueron el 38% (9).

Este hecho no es un dato despreciable, dado que el cáncer es uno de los principales problemas de salud. Argentina se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta (172.3-242.9 x 100000 habitantes), y aproximadamente el 20% de las muertes en nuestro país se atribuyen a esta condición, constituyéndose como la segunda causa de muerte (10).

El dolor por cáncer es un fenómeno multidimensional (11)(12). Factores biológicos, psicológicos, sociales, emocionales, espirituales y culturales pueden incidir en la percepción y comunicación del mismo (13). La fisiopatología es múltiple, y va desde el síntoma doloroso causado por la propia enfermedad, hasta el relacionado a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

La Organización Mundial de la Salud, publicó en 1986 la escalera analgésica (14), diseñada para el dolor oncológico, con un número limitado de medicamentos esenciales, que cuando son elegidos y combinados adecuadamente logran un alivio en el 70-90% de pacientes (8). Sin embargo, el dolor por cáncer se informa como inadecuadamente controlado en un 50% de los casos (15)(16)(17), lo cual podría explicarse por la existencia de barreras propias del profesional, del mismo paciente o del sistema de salud (18).

Por otro lado, el dolor, no suele ser el único problema en los sujetos con cáncer ya que frecuentemente se afilia, sobre todo en los estadios avanzados, con una serie de síntomas estrechamente interrelacionados: constipación, ansiedad, disnea, náuseas, insomnio, debilidad y fatiga, entre otros (19). En un paciente de cuidados paliativos se evalúan cerca de 6 síntomas concomitantes (20), que deben ser investigados por el médico minuciosamente.

La evaluación del dolor es eminentemente clínica, basada en la escucha y en la búsqueda de datos en forma detallada y meticulosa. Hay herramientas sencillas para intentar plasmarlo, entre estas se utilizan: la escala visual análoga (EVA) -que mide intensidad del mismo-; el Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) -dónde se recaba a presencia y la intensidad de síntomas de enfermedad avanzada-; el Cuestionario abreviado de dolor (BPI) -el cual nos da una idea del dolor y de la interferencia funcional del mismo-; el Cuestionario Corto de dolor de Mc Gill (SF-MPQ) -que nos aproxima a la condición multidimensional del dolor-; y la adecuación del tratamiento analgésico realizado, a través del cálculo del Índice de Control del Dolor (PMI).

Hay pocos datos descriptivos de dolor por cáncer en el mundo (8)(21)(22). En nuestro medio pueden hallarse diversos estudios que evalúan dolor en pacientes internados (23)(24), pero pocos que evalúan específicamente el dolor por cáncer (25). Esto motiva el interés en esta temática, para intentar acercarnos a la realidad en la cual trabajamos diariamente.

Considerando lo expuesto, creemos conveniente la realización de un trabajo de investigación para abordar esta frecuente problemática, a los fines de obtener herramientas que faciliten la práctica y la toma de decisiones clínicas en pacientes con dolor por cáncer.



## OBJETIVOS

### Primarios

- Describir las características demográficas de la población incluida en el trabajo.
- Describir las características del dolor en el grupo de pacientes incluido: temporalidad y localización; e intensidad a través de la realización de la Escala Visual Análoga (EVA).
- Describir los síntomas de enfermedad avanzada asociados a dolor al ingreso, a través de la realización de la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS); y la carga de síntomas.
- Describir el grado de interferencia con actividades de la vida cotidiana, en pacientes con dolor, a través de la realización del Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor (BPI) al ingreso.
- Describir las características sensoriales, afectivas y evaluativas del dolor según los datos obtenidos a través de la realización del Cuestionario Corto de Mc Gill (SF-MPQ).
- Describir intensidad del dolor y escalón analgésico realizado por el paciente; al momento de internación y al momento de egreso hospitalario; a través del cálculo del Índice de Control del Dolor (PMI).

### Secundarios

- Analizar si existen diferencias en el dolor (intensidad, tiempo de evolución, síntomas de enfermedad avanzada asociados, grado de interferencia con actividades cotidianas y características subjetivas, y adecuación analgésica) según sexo.
- Analizar si existen diferencias en el dolor (intensidad, tiempo de evolución, síntomas de enfermedad avanzada asociados, grado de interferencia con actividades cotidianas y características subjetivas, y adecuación analgésica) según la neoplasia de base diagnosticada.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y analítico, de tipo prospectivo; realizado en el periodo de tiempo comprendido entre el 01/06/2013 y el 31/12/2013, que incluyó pacientes con diagnóstico de cáncer, admitidos por cualquier motivo, que ingresaron consecutivamente en el Servicio de Clínica Médica, y en quienes se solicitó interconsulta al ingreso con el Servicio de Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor; en el Hospital Provincial de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina.

### *Criterios de Inclusión*

Se incluyeron todos aquellos pacientes mayores de 18 años, sin distinción de sexo, con diagnóstico de cáncer; ingresados consecutivamente por cualquier motivo a la sala de internación de Clínica Médica, y en quienes se solicitó interconsulta con Cuidados Paliativos por presentar dolor al ingreso.

### *Criterios de Exclusión*

Se excluyó a:

- Pacientes que presentaron causas de dolor no relacionadas a la enfermedad neoplásica de base (herida de arma blanca, herida de arma de fuego, politraumatismo, quemaduras, cirugía no oncológica, patología reumatológica preexistente).
- Pacientes que presentaron dificultad para la comprensión del interrogatorio y/o dificultades para la comunicación.
- Pacientes que no comprendieron los alcances del estudio o se negaron a participar en el mismo.

A todos aquellos pacientes que cumplieron los Criterios de Inclusión y que a su vez no presentaron Criterios de Exclusión, se les ofreció la posibilidad de participación en el estudio.

Todos los pacientes recibieron información de forma tanto verbal como escrita de los objetivos del trabajo, como así también de los datos que se incluirían en el estudio, garantizando el resguardo de su apellido, nombre y N° de DNI.

Previamente a la obtención de datos; se procedió a la obtención de consentimiento informado por escrito (Anexo 1), aprobado por el Comité de Bioética y por el Comité de Docencia del Hospital Provincial de Rosario (Anexo 2).

## DEFINICIONES

**1. Dolor:** Ha sido definido por la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística real o potencial, o que se describe con las características propias de dicha lesión (26) (27).

El dolor, siempre es subjetivo, cada individuo aprende la aplicación de la palabra a través de experiencias relacionadas con lesiones en la vida temprana. Es incuestionablemente una sensación en una parte o partes del cuerpo, pero también es siempre desagradable y, por lo tanto, también una experiencia emocional (28).

A los fines prácticos de la realización de este trabajo, se consideró como **dolor** a aquellas sensaciones desagradables referidas por el paciente al momento de la evaluación.

**2. Temporalidad del dolor:** Al respecto de la misma, se clasificó al dolor como:

**Agudo:** cuando sus características presentaban un inicio bien definido, pudiendo acompañarse de alteraciones fisiológicas de hiperactividad del sistema nervioso central; donde generalmente se identifica una causa precipitante clara. Tiende a ser limitado en el tiempo, entendiendo este lapso estimado como el tiempo necesario para que los tejidos lesionados se reparen. A los fines prácticos, se ha tomado como punto de corte, aquel dolor con evolución menor a tres meses (12).

**Crónico:** Ha sido descrito como el dolor que persiste más allá del tiempo normal de curación (29) (27). Los médicos que tratan el dolor neoplásico refieren, que tres meses es tiempo suficiente para considerar un dolor como crónico (12). Tras lo expuesto, se consideró como dolor crónico a aquel que presentara un tiempo de evolución igual o superior a los tres meses.

### **3. Escalas utilizadas**

#### **Escala Visual Análoga (EVA)**

Es la forma más común de medir el dolor clínico. Se le pide al paciente que indique la intensidad del dolor en una línea horizontal de 10 cm. Con la EVA la respuesta del paciente no es de carácter verbal, se marca sobre la línea presentada el punto que mejor refleje la intensidad del dolor. Debe explicarse al paciente el procedimiento antes de realizar la prueba (30)(31). (Anexo 3).

Se interpretará la categorización del puntaje referido por los pacientes en: 0 (ausencia de dolor), 1 a 4 (dolor leve), 5 a 6 (dolor moderado), y de 7 a 10 (dolor severo) (32)(33)(34).

#### **Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS)**

Consiste en escalas visuales numéricas, presentadas en una hoja impresa, que exploran síntomas frecuentes de los enfermos de Cuidados Paliativos: dolor, astenia, anorexia, náuseas, somnolencia, ansiedad, depresión, bienestar global y dificultad respiratoria. (Anexo 4).

Se definirá **carga de síntomas** a la suma de todos aquellos síntomas que presenten intensidad  $\geq 4$ ; entendiendo como tales a aquellos que deben ser jerarquizados y tratados en la práctica clínica(20)(35)(36).

El ESAS fue desarrollado por el grupo de Edmonton en 1991 y se ha empleado sobre todo en pacientes que reciben Cuidados Paliativos (37). Ha sido validado psicométricamente y traducido en más de veinte idiomas, incluido el español, para realizarse en enfermos en fase terminal y en pacientes que están recibiendo tratamientos oncológicos (38).

La gráfica del ESAS proporciona un perfil clínico de los síntomas de enfermedad avanzada a lo largo del tiempo. Al respecto de los puntos de corte que se utilizan para determinar si las puntuaciones representan carga clínicamente relevante, no hay evidencia clara de cuál es el mejor punto de corte. Sin embargo, se plantea que un valor igual o mayor a cuatro, debe considerarse como un disparador para una evaluación más completa del síntoma en cuestión (36).

Dado que en el presente trabajo ha incluido pacientes con dolor, esta escala se utilizó a los fines de evaluar cuáles eran los síntomas de enfermedad avanzada que se asociaban al mismo.

### **Cuestionario abreviado de dolor (BPI)**

Es un instrumento de evaluación sencillo, que puede ser autocompletado por el paciente. Este cuestionario valora la descripción y localización del dolor; y el nivel de alivio que proporciona el tratamiento. Muestra las variaciones del dolor en el día, el dolor actual, y el promedio de la semana anterior. Ha demostrado su fiabilidad y validez en diferentes culturas e idiomas. La Asociación Europea de dolor y cuidados paliativos, recomienda el BPI para la evaluación del dolor en estudios clínicos (39)(40)(41). (Anexo 5).

Esta herramienta multidimensional de valoración, se ha utilizado en el presente trabajo para recabar información sobre la interferencia del dolor en las actividades diarias de los pacientes.

### **Cuestionario Corto de dolor de Mc Gill (SF-MPQ)**

El mismo proporciona una valoración del dolor desde una triple perspectiva: a) sensorial, descripción del dolor en términos témporo-espaciales; b) afectivo- motivacional, descripción del dolor en términos de tensión, temor y aspectos neurovegetativos; y c) evaluativo, dolor descrito en términos de valoración general, a través de una escala visual análoga (31). (Anexo 6).

Es una herramienta que presenta validez y fiabilidad para comprender como extrapola el paciente la descripción de cada tipo de dolor. Esto permite al médico clínico interpretar el dolor con mejor precisión e identificar cuando el mismo presenta características neuropáticas. El autor desarrolló una versión reducida del cuestionario (SF-MPQ) limitada a 15 adjetivos; con una versión española que mitiga la barrera idiomática.

Esta Escala fue utilizada para identificar con mayor precisión a aquellos pacientes que presentaban dolor con características neuropáticas, y para evaluar los descriptores y sensaciones asociadas al dolor.

### Índice de manejo del dolor (PMI)

El índice de manejo del dolor (PMI) es un método validado para evaluar la adecuación del tratamiento analgésico, para control del dolor según las pautas de la OMS, desarrollado por Cleeland *et al.* para pacientes con cáncer en 1994 (42). Este índice, consiste en un número obtenido al realizar la diferencia entre: la puntuación otorgada según el tratamiento recibido en la escalera analgésica de la OMS (0 ausente, 1 analgésicos comunes, 2 opioides débiles y 3 opioides fuertes), y la puntuación obtenida por intensidad del dolor (ausente 0, leve 1, moderado 2 y severo 3).

El escalón terapéutico se considera inadecuado cuando las puntuaciones obtenidas de esta diferencia resultan en un valor negativo (16)(17). Por lo antedicho, es un instrumento adecuado para investigar la presencia y el grado de sub-tratamiento del dolor (42). (Anexo 7).

**5. Escalones terapéuticos de la organización mundial de la salud (OMS):** Es un método simple, eficiente y de bajo costo que asegura una prescripción racional para el paciente individual. Nos permite implementar un escalón terapéutico según la intensidad del dolor recabado. (Gráfico Anexo 8).

La misma se divide en:

Primer escalón: medicamentos no opioides (aspirina, ibuprofeno, paracetamol, indometacina) y la presencia o no de medicación adyuvante.

Segundo escalón: lo conforman los opioides débiles como el tramadol y codeína; con la presencia simultánea o no de un analgésico no opioide y de fármacos adyuvantes.

Tercer escalón: opioides fuertes como morfina, oxicodona, metadona, fentanilo y buprenorfina, en asociación o no con analgésicos comunes y adyuvantes.

Adyuvantes: se definen como aquellas drogas cuya indicación primaria no es la del tratamiento del dolor, pero que posee propiedades analgésicas en algunos síndromes dolorosos. Tratan síntomas concomitantes que pueden incrementar el dolor, proveyendo de analgesia independiente para cada tipo de dolor.

Procura analgesia balanceada y racional, evitando altas dosis y efectos adversos. Ejemplos de ellos son: los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina, antidepresivos tricíclicos, corticoides, anticonvulsivantes, anestésicos locales, bifosfonatos, relajantes musculares, benzodiacepinas, etc. (14)(43).

## INTERVENCIONES

A todos los pacientes ingresados en el estudio se les confeccionó historia clínica habitual y se les realizó examen físico completo.

Al respecto de los cuestionarios descriptos, a todos los pacientes se les realizó:

- Escala Visual Análoga (EVA) al ingreso y al egreso, para cuantificar la intensidad del dolor.
- Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS): para recolección de datos acerca de la presencia/ausencia y correspondiente intensidad, de síntomas de enfermedad avanzada asociados a dolor.
- Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor (BPI): para recolección de datos acerca del grado de interferencia del dolor con las actividades de la vida cotidiana.
- Cuestionario Corto de Mc Gill (SF-MPQ): para recolección de datos referentes a las características del dolor y a las sensaciones relacionadas al mismo.
- Índice de Control del Dolor (PMI): para recolectar datos referentes al grado de adecuación del tratamiento del dolor, al ingreso y al egreso hospitalario.

## VARIABLES

Se utilizaron las siguientes variables para la confección de la base de datos estadística:

### Variables demográficas y de la enfermedad de base:

- Sexo: hombre / mujer.
- Edad.
- Nivel de escolaridad: primario - secundario - terciario/superior.
- Localización de la neoplasia: pulmón, colon, mama, cérvix, músculo-esquelético, próstata, hematológico, otros.

### Variables relacionadas al dolor:

- Temporalidad de la evolución del dolor: agudo o crónico.
- Realización de tratamiento analgésico previo al ingreso: si / no.
- Escalón analgésico al momento de ingreso: 1º - 2º - 3º.
- Adyuvantes: si / no.
- Presencia de dolor al ingreso hospitalario: si / no.
- Intensidad del dolor al ingreso hospitalario: escala del 0 al 10.
- Mínimo nivel de dolor experimentado: escala del 0 al 10.

- Máximo nivel de dolor experimentado: escala del 0 al 10.
- Media de dolor padecida habitualmente: escala del 0 al 10.
- Localización del dolor: cabeza y cuello, miembros superiores, tórax cara anterior, dorso, abdomen anterior, lumbar, pelvis anterior, sacro, miembros inferiores.
- Síntomas de enfermedad avanzada (ESAS) asociados al dolor al ingreso hospitalario:
  - Fatiga: escala del 0 al 10.
  - Náuseas: escala del 0 al 10.
  - Ánimo: escala del 0 al 10.
  - Ansiedad: escala del 0 al 10.
  - Somnolencia: escala del 0 al 10.
  - Anorexia: escala del 0 al 10.
  - Bienestar: escala del 0 al 10.
  - Disnea: escala del 0 al 10.
  - Constipación: escala del 0 al 10.
- Carga de síntomas.
- Grado de interferencia con actividades de la vida cotidiana:
  - Actividades en general.
  - Estado de ánimo.
  - Caminar.
  - Trabajo.
  - Relaciones.
  - Sueño.
  - Diversión.
- Características del dolor:
  - Pulsátil.
  - Sacudidas.
  - Latigazo.
  - Pinchazo.
  - Calambre.
  - Retorcijón.
  - Ardor.
  - Entumecimiento.
  - Pesadez.
  - Escozor.
  - Desgarro.
  - Dolor que consume.
  - Dolor que mareo.
  - Dolor terrible.
  - Dolor que atormenta.
- Nivel de adecuación del tratamiento analgésico al ingreso (PMI): negativo / positivo.
- Nuevo escalón analgésico alcanzado durante la internación: 1º - 2º - 3º.
- Porcentaje de mejoría del dolor luego de la adecuación del tratamiento analgésico durante la internación: escala del 0 al 100%.



## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se analizaron los datos utilizando SPSS para Windows (PASW Statics versión 18).

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio.

Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las cuantitativas se expresaron como medias y desviaciones estándar.

Las medias de 2 grupos se compararon con: la Prueba de la t de Student de medidas independientes o con la Prueba de la U de Mann-Whitney, dependiendo de si la distribución de la variable presentaba características simétricas o asimétricas, respectivamente.

Para la comparación de proporciones se emplearon la prueba de la  $X^2$  de tendencia lineal y la prueba exacta de Fisher, dependiendo del tamaño muestral de los grupos.

La asociación entre variables cuantitativas se estudió con el coeficiente de correlación de Pearson y con el coeficiente de Spearman en función de la distribución simétrica o asimétrica de las variables.

En todos los casos se consideraron significativas las diferencias cuyo valor de  $p$  asociado a la prueba de contraste fuera  $\leq 0,05$ .

El riesgo se calculó utilizando la medida de OR con IC 95%.

Para realización del análisis multivariado se utilizó Regresión Lineal Múltiple, cuando la variable dependiente fue de tipo continua; y Regresión Logística Binaria, cuando la variable dependiente fue de tipo categórica.



## RESULTADOS

### DATOS DESCRIPTIVOS

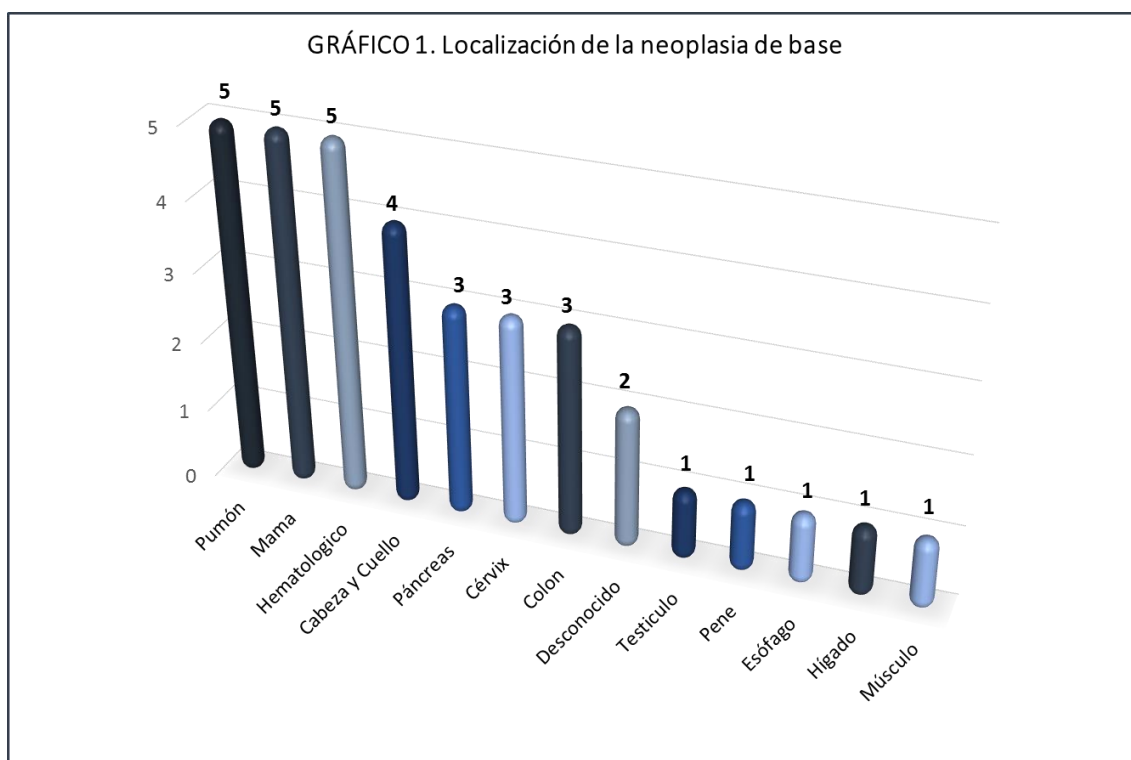
#### 1. Características Demográficas

Se incluyeron 35 pacientes en el trabajo: 13 (37,1%) hombres y 22 (62,9%) mujeres. La edad media de la muestra fue de  $53,1 \pm 13,3$  años (mín. 26; máx. 77).

El máximo nivel de instrucción académica alcanzado por la población evaluada fue: ninguna 1 (2,9%), primaria 24 (68,9%), secundario 8 (22,9%) y terciaria 2 (5,7%).

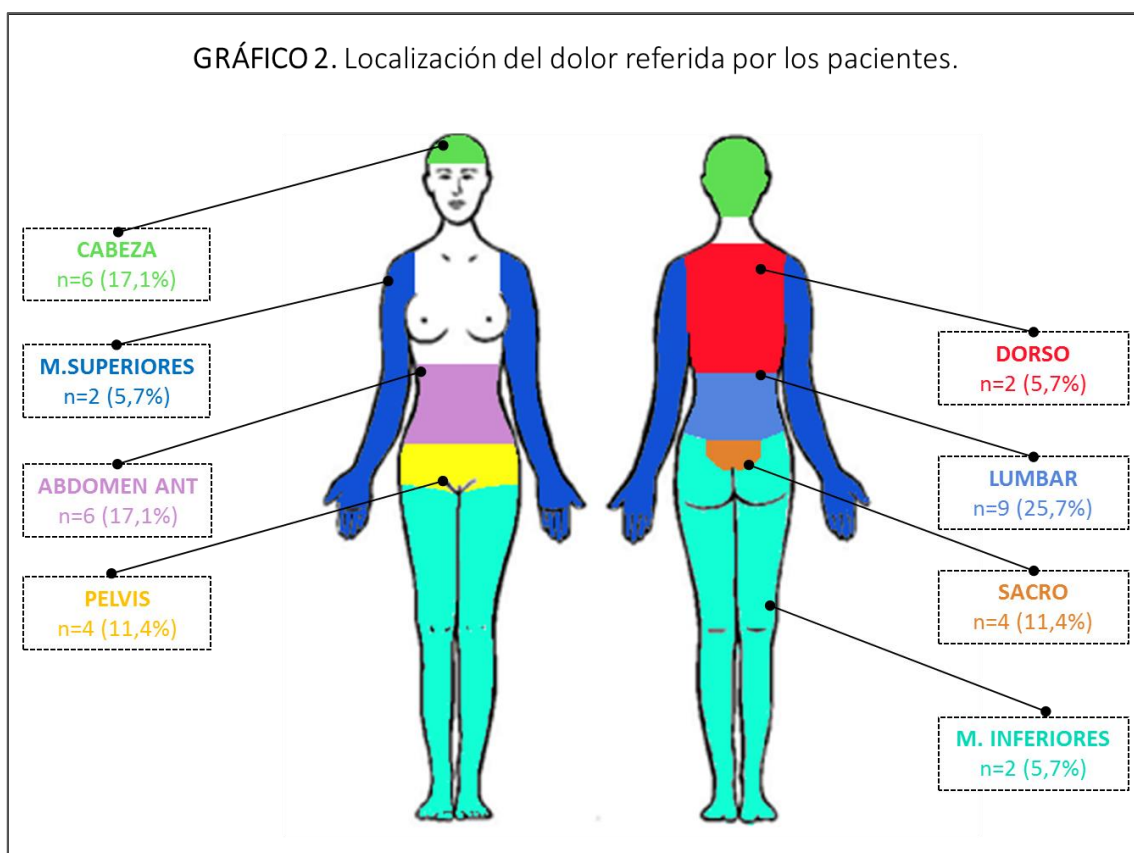
Al respecto de los aparatos y sistemas afectados por la neoplasia de base, se observó la siguiente localización: gastrointestinal en 8 (22,9%), ginecológicos 8 (22,9%), pulmón 5 (14,3%), hematológico 5 (14,3%), cabeza y cuello 4 (11,4%), genital masculino 2 (5,7%), desconocido 2 (5,7%) y musculo-esquelético 1 (2,9%).

El asiento primario de la neoplasia, fue: pulmón 5 (14,3%), mama 5 (14,3%), hematológico 5 (14,3%), páncreas 3 (8,6%), cérvix 3 (8,6%), colon 3 (8,6%), boca 2 (5,7%), origen desconocido 2 (5,7%), testículo 1 (2,9%), pene 1 (2,9%), amígdala 1 (2,9%), parótida 1 (2,9%), esófago 1 (2,9%), hígado 1 (2,9%) y músculo 1 (2,9%). (Gráfico 1).



## 2. Características del Dolor

- **Temporalidad.** Al momento de ingreso, hubo 10 pacientes (28,6%) que relataban dolor de evolución aguda y 24 (68,6%) que referían dolor crónico. No se pudo establecer la temporalidad del dolor en 1 paciente (2,9%).
- **Localización.** Los sitios de localización del dolor, en orden de frecuencia, fueron: lumbar 9 (25,7%); abdomen anterior 6 (17,1%); cabeza 6 (17,1%); pelvis 4 (11,4%); sacro 4 (11,4%); miembros superiores, miembros inferiores y dorso 2 (5,7%) respectivamente. (Gráfico 2).



- **Intensidad mediante EVA.** De los 35 pacientes incluidos, la totalidad se encontraba con dolor al momento de ingreso hospitalario. La media de dolor observada fue de  $7,9 \pm 2$  (mínima 4; máxima 10). La moda observada para dolor fue 10.

Cabe destacar, que 32 pacientes (91,4%) ya se encontraban realizando tratamiento analgésico ambulatorio previo.

### 3. Síntomas de Enfermedad Avanzadas asociados al Dolor (ESAS)

De los síntomas evaluados por la ESAS, se observó la siguiente frecuencia: ansiedad 30 (85,7%), somnolencia 29 (82,9%), fatiga 27 (77,1%), anorexia 25 (71,4%), estado de ánimo -depresión- 24 (68,6%), náuseas 22 (62,9%), disnea 21 (60%), constipación 20 (57,1%) y media de sensación de bienestar 8,1 ±2.

El resumen de las frecuencias absolutas y porcentuales, como así también las medias de ponderación de la intensidad del síntoma pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencias y Medias de síntomas evaluados por ESAS		
<i>Síntomas</i>	<i>n (%) del Total de la muestra</i>	<i>Media de ponderación en subgrupo con el síntoma</i>
Ansiedad	30 (85,7%)	7,4 ±3
Somnolencia	29 (82,9%)	7,3 ±2
Fatiga	27 (77,1%)	7,3 ±2
Anorexia	25 (71,4%)	6,1 ±2,8
Estado de Ánimo (Depresión)	24 (68,6%)	7,3 ±1,6
Náuseas	22 (62,9%)	5,7 ±2,2
Disnea	21 (60%)	5,6 ±2,7
Constipación	20 (57,1%)	7 ±2,5
Sensación de Bienestar	-	8,1 ±2

Considerando aquellos síntomas que tuvieron una intensidad  $\geq 4$  como aquellos que deben ser jerarquizados en la práctica clínica, la media de *carga sintomática* hallada en nuestra población fue de 5,4 ±2 (mín. 0; máx. 9).

La moda respecto de síntomas de enfermedad avanzada fue de 6.

### 4. Grado De interferencia del Dolor con actividades de la vida cotidiana (BPI)

Se observaron las siguientes medias de interferencia (clasificadas de menor a mayor intensidad, del 0 al 10) para actividades de la vida cotidiana: para trabajar: 8 ±3,1; para el sueño: 7 ±3,1; para actividades generales: 6,8 ±3,4; para el estado de ánimo: 6,7 ±3,3; para caminar: 6,6 ±3,6; para la capacidad de diversión: 6 ±3,6; y para las relaciones con otras personas: 5,4 ±3,4.

En la Tabla 2, se incluye la proporción de pacientes con una intensidad sintomática  $\geq 4$ , y las medias de ponderación de este subgrupo.

Tabla 2. Frecuencias y Medias de síntomas evaluados por BPI		
<i>Interferencias</i>	<i>n (%) del Total de la muestra</i>	<i>Media de ponderación en el subgrupo con el síntoma</i>
Para trabajar	32 (91,4%)	8,7 ±2
Para el sueño	31 (88,6%)	7,8 ±1,9
Para actividad general	30 (85,7%)	8 ±2,1
Para estado de ánimo	29 (82,9%)	8,1 ±1,2
Para caminar	29 (82,9%)	8 ±2,2
Para las relaciones con otras personas	29 (82,9%)	6,5 ±2,6
Para la capacidad de diversión	28 (80%)	7,3 ±2,5

## 5. Características del Dolor (SF-MPQ)

### - Descriptorios Sensoriales:

Interpretando la ausencia total de descriptorios sensoriales como 0, y la presencia de la totalidad de los mismos en su mayor intensidad como 33; la media observada en nuestra población fue de:  $18,1 \pm 8,4$  (mín. 4; máx. 33).

Particularmente, se describió: desgarró en 26 (74,3%), pesado 25 en (71,4%), pinchazo en 24 (68,6%), retorciójn en 21 (60%), pulsátíl en 21 (60%), entumecimiento en 21 (60%), ardiente en 20 (57,1%), calambre en 19 (54,3%), sacudidas en 18 (51,4%), latigazo en 18 (51,4%), y escozor en 14 (60%).

Puede observarse en mayor detalle la frecuencia global de cada descriptor sensorial y la intensidad referida para cada uno de ellos en la Tabla 3.

Tabla 3. Descriptorios Sensoriales por Mc Gill (SF-MPQ).				
Descriptor Sensorial	n (%) del Total de la muestra	Categorización de la severidad del descriptor en el subgrupo con positividad del mismo		
		Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)
<i>Desgarro</i>	26 (74,3%)	3 (11,5%)	6 (23,1%)	17 (65,4%)
<i>Pesado</i>	25 (71,4%)	2 (8%)	6 (24%)	17 (68%)
<i>Pinchazo</i>	24 (68,6%)	2 (8,3)	2(8,3)	20 (83,3%)
<i>Retorciójn</i>	21 (60%)	1 (4,8%)	2 (9,5%)	18 (85,7%)
<i>Pulsátíl</i>	21 (60%)	2 (9,5%)	5(23,8%)	14 (66,7%)
<i>Entumecimiento</i>	21 (60%)	6 (28,6%)	6 (28,6%)	9 (42,9%)
<i>Ardiente</i>	20 (57,1%)	3 (15%)	2 (10%)	15 (75%)
<i>Calambre</i>	19 (54,3%)	3 (15,8%)	6 (31,6%)	10 (52,6%)
<i>Sacudidas</i>	18(51,4%)	2 (11,1%)	5 (27,7%)	11(61,1%)
<i>Latigazo</i>	18 (51,4%)	2(11,1)	2(11,1)	14 (77,8%)
<i>Escozor</i>	14(40%)	3 (21,4%)	5 (35,7%)	6 (42,9%)

### - Descriptorios Afectivos:

Interpretando la ausencia total de descriptorios afectivos como 0, y la presencia de la totalidad de los mismos en su mayor intensidad como 12; la media observada en nuestra población fue de:  $7 \pm 3,9$  (mín. 0; máx. 12).

Particularmente, se describió: terrible 25 (71,4%), que atormenta 21 (59,9%), que consume 21 (59,9%) y que marea 18 (51,4%).

Puede observarse en mayor detalle la frecuencia global de cada descriptor afectivo y la intensidad referida para cada uno de ellos en la Tabla 4.

Tabla 4. Descriptores Afectivos por Mc Gill.				
Descriptor Afectivo	n (%) del Total de la muestra	Categorización de la severidad del descriptor en el subgrupo con positividad del mismo		
		Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)
<i>Terrible</i>	25 (71,4%)	1 (4%)	5 (20%)	19 (76%)
<i>Atormenta</i>	21 (60%)	1 (4,8%)	3 (14,3%)	17 (81%)
<i>Que consume</i>	21 (60%)	2 (9,5%)	6 (28,6%)	13 (61,9%)
<i>Que marea</i>	18 (51,4%)	2 (11,1%)	7 (38,9%)	9 (50%)

- *Descriptores Evaluativos:*

Interpretando la ausencia total de descriptores evaluativos como 0, y la presencia de la totalidad de los mismos en su mayor intensidad como 5; la media observada en nuestra población fue de:  $2,6 \pm 1,5$  (mín. 0; máx. 5).

Puede observarse en mayor detalle de cada uno de estos descriptores en la Tabla 5.

Tabla 5. Descriptores Evaluativos por Mc Gill.	
Descriptor Evaluativo	n (%)
<i>Molesto</i>	10 (28,6%)
<i>Intenso</i>	7 (20%)
<i>Insufrible</i>	6 (17,1%)
<i>Leve</i>	5 (14,3%)
<i>Nada de dolor</i>	4 (11,4%)
<i>Horrible</i>	3 (8,6%)

Dentro del Cuestionario de Mc Gill, el EVA realizado para consignar la media de dolor semanal (ponderada del 0 al 100) fue:  $77 \pm 15,4$  (mín. 45; máx. 100).

## 6. Adecuación del tratamiento analgésico según intensidad del Dolor (PMI)

Interpretando el resultado negativo como incorrecta adecuación del tratamiento analgésico, y el resultado positivo como una correcta adecuación del mismo; la media global de PMI observada en nuestra población al momento de *ingreso* fue de -1,75.

De los 35 pacientes incluidos, 32 se encontraban realizando tratamiento analgésico previo: 18 (51,4%) en primer escalón, 2 (5,7%) en segundo escalón y 12 (34,3%) en tercer escalón.

Dentro de este subgrupo, 10 pacientes (28,6%) se encontraban realizando fármacos adyuvantes.

La adecuación del escalón terapéutico se modificó a: 3 (8,6%) en primer escalón; 1 (2,9%) en segundo escalón; 31 (88,6%) en tercer escalón, 12 (38,7%) de estos últimos con fármacos adyuvantes.

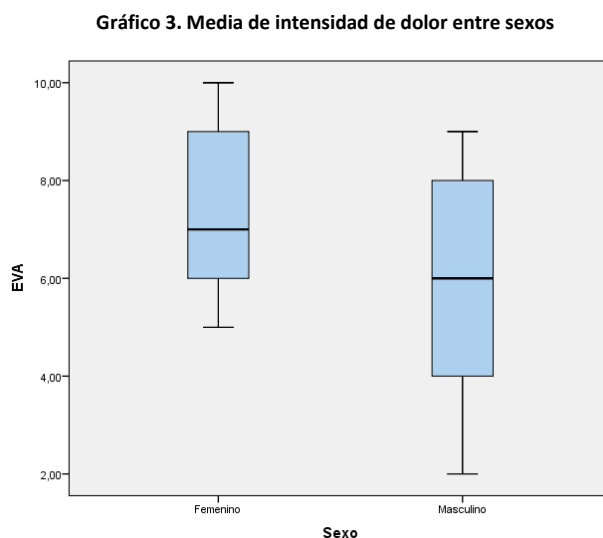
La media global de PMI al momento de *egreso* fue de +0,51.

## DATOS ANALÍTICOS

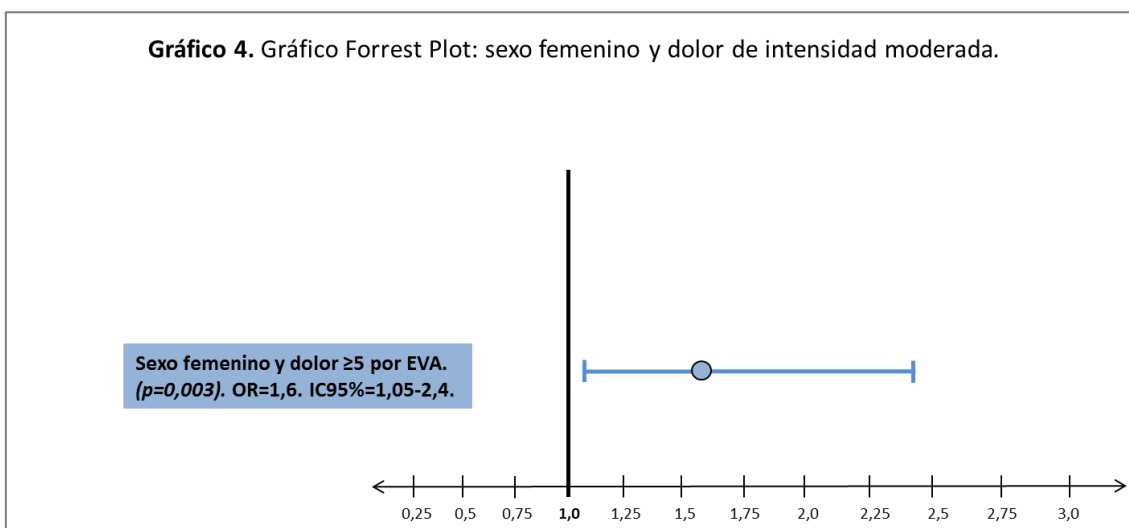
### ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR SEGÚN SEXO

#### 1). Intensidad de dolor según sexo (EVA)

La media de dolor observada por EVA fue superior en el sexo femenino (mujeres  $7,3 \pm 1,8$  vs. hombres  $5,6 \pm 2,3$ ;  $p=0,03$ ). (Gráfico 3).



Al evaluar comparativamente la intensidad del dolor por puntos de corte, entre ambos sexos, se observó que la presencia de dolor de intensidad moderada ( $\geq 5$ ) presentó asociación estadísticamente significativa con el sexo femenino ( $p=0,003$ ; OR=1,6; IC95%=1,05-2,4). (Gráfico 4).





2). Tiempo de evolución.

Hubo 24 (68,6%) de los 35 pacientes presentaban dolor crónico. Sin hallarse diferencias estadísticamente significativas entre sexos.

3). Síntomas de enfermedad avanzada (ESAS)

Se observó diferencia estadísticamente significativa entre sexos para las medias del síntoma **ansiedad** (hombres  $8,9 \pm 1,3$  vs. mujeres  $6,8 \pm 2$ ;  $p=0,003$ ) y **depresión** (mujeres  $6,2 \pm 3$  vs. hombres  $3,7 \pm 3,6$ ;  $p=0,01$ ). (Gráfico 5 y 6).

Gráfico 5. Media de nivel de ansiedad entre sexos

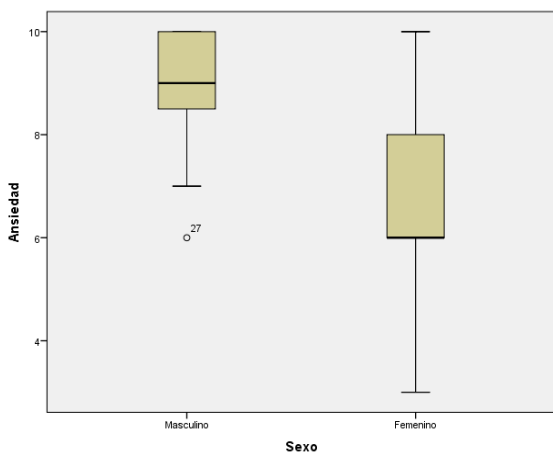
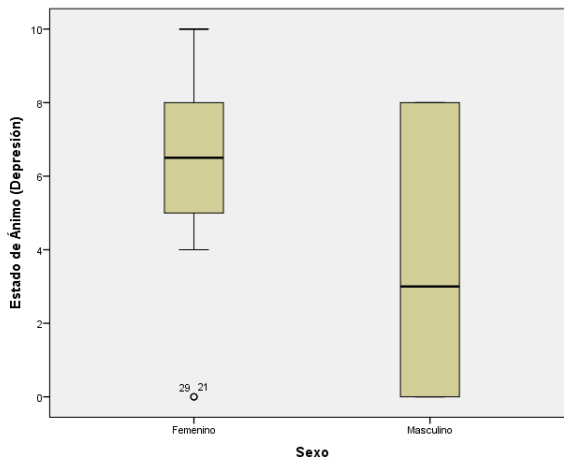


Gráfico 6. Media de estado de ánimo (depresión) entre sexos



Asimismo, se observó diferencia entre sexos para las medias del síntoma **somnolencia** (mujeres  $8,2 \pm 1,4$  vs. hombres  $6 \pm 2,1$ ;  $p=0,004$ ). (Gráfico 7).

Se halló diferencia estadísticamente significativa en los niveles de **estado de ánimo (depresión)** entre los pacientes que referían fatiga y aquellos que no (fatiga SI=  $6,1 \pm 3$  vs. fatiga NO=  $2,5 \pm 3$ ;  $p=0,03$ ). (Gráfico 8).

Gráfico 7. Media de somnolencia entre sexos

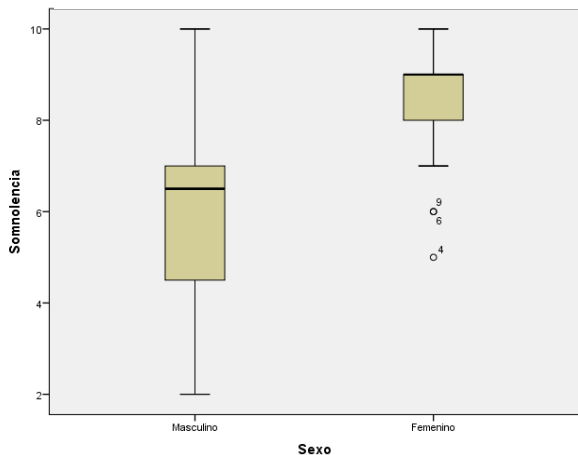
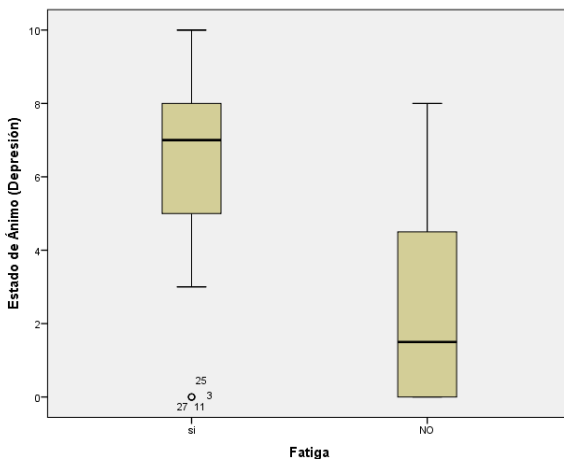
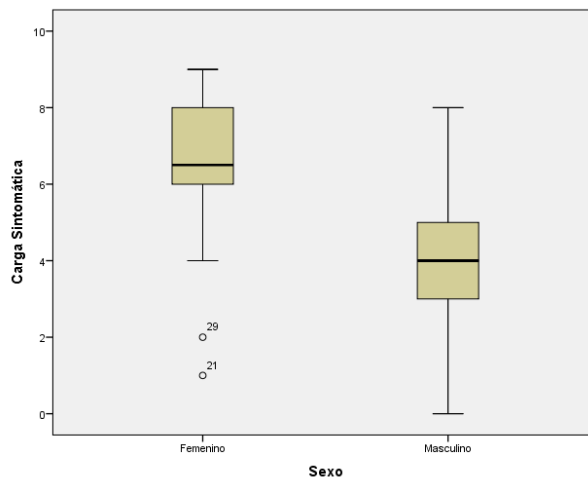


Gráfico 8. Media de estado de ánimo según fatiga



Se observó diferente **carga sintomática** en relación al sexo de los pacientes incluidos: (mujeres=  $6,2 \pm 2,1$  vs. hombres=  $4 \pm 2$ ;  $p=0,004$ ). (Gráfico 9).

**Gráfico 9. Carga de síntomas según sexo.**



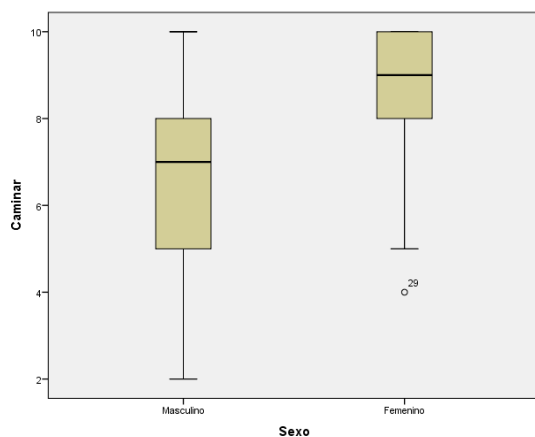
No se observaron diferencias entre sexos para los síntomas: fatiga, náuseas, anorexia, disnea ni constipación; como así tampoco para las medias de ponderación en la sensación de bienestar.

#### 4). Grado de interferencia con actividades cotidianas

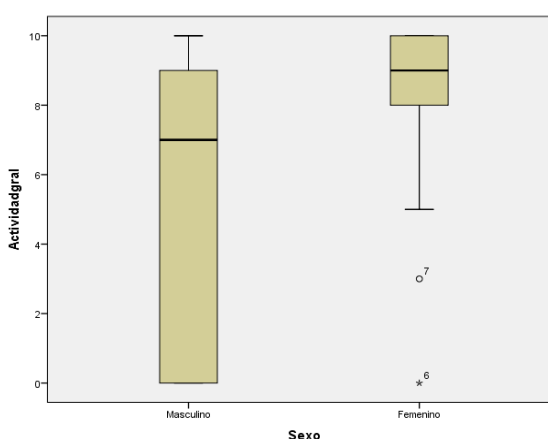
Se observó diferencia estadísticamente significativa entre sexos para el grado de **interferencia del dolor para caminar** (mujeres  $8,7 \pm 1,6$  vs. hombres  $6,5 \pm 2,6$ ;  $p=0,01$ ). (Gráfico 10). Asimismo, se observó diferencia entre sexos para el grado de **interferencia del dolor para realizar actividades en general** (mujeres  $7,9 \pm 2,6$  vs. hombres  $5,1 \pm 4$ ;  $p=0,01$ ). (Gráfico 11).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos para interferencia del dolor para los demás puntos evaluados.

**Gráfico 10. Media de interferencia para caminar entre sexos**



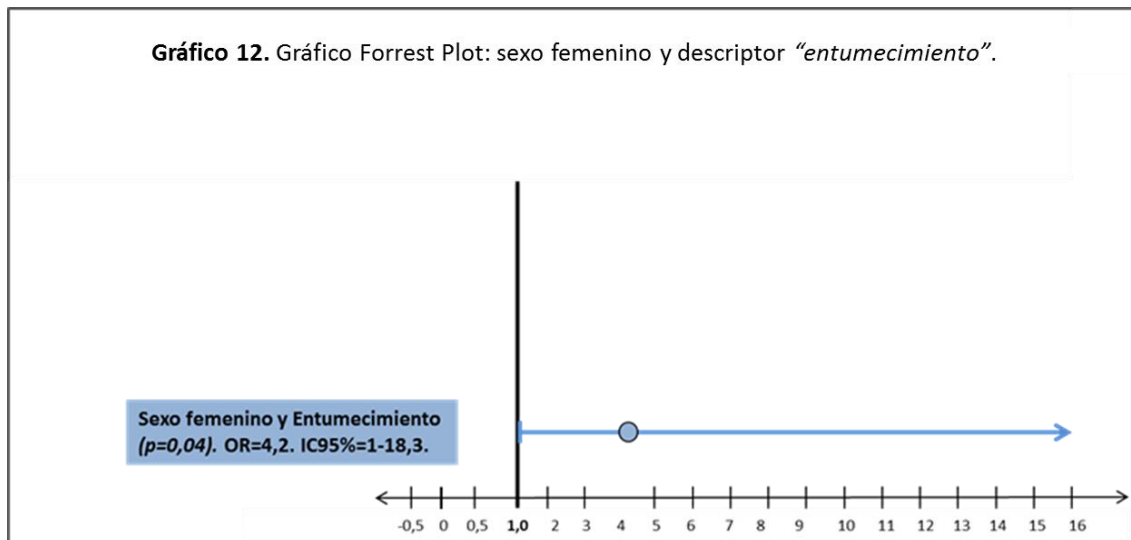
**Gráfico 11. Media de interferencia para actividad general entre sexos**



### 5). Características del dolor

Sensoriales: Se halló relación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y el descriptor *entumecimiento* ( $p=0,04$ ; OR=4,2; IC95%=1-18,3). (Gráfico 12).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos para descriptores *afectivos*, como así tampoco para descriptores *evaluativos*.



### 6). Adecuación del escalón analgésico para el dolor del paciente: (datos del PMI).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto de la buena o mala adecuación del tratamiento analgésico, al ingreso ni al egreso, al evaluarlo comparativamente por sexo.

## ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR SEGÚN LA NEOPLASIA DE BASE

### 1). Intensidad de dolor según sexo (EVA)

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la intensidad del dolor evaluada mediante EVA y el tipo de neoplasia de base presentada por el paciente, ya sea tanto en el análisis de variables categóricas como así tampoco en la comparación de medias.

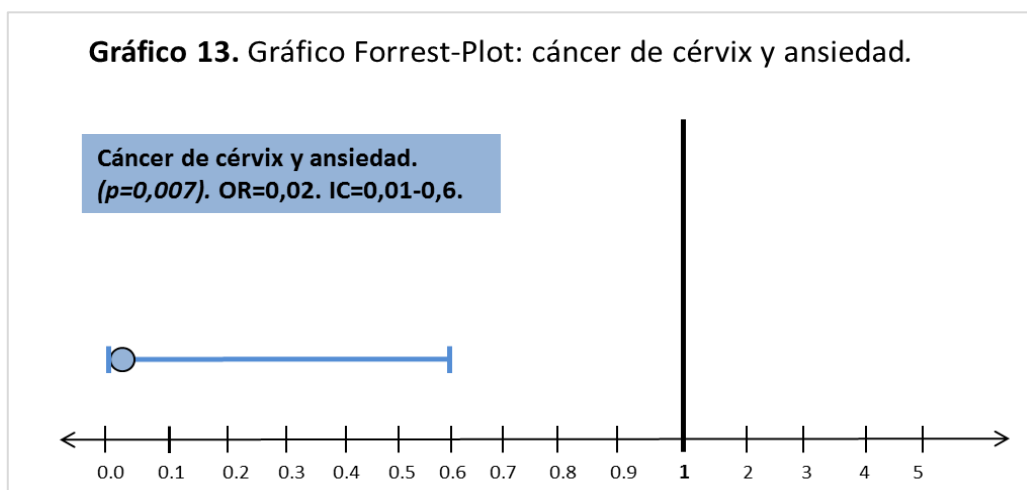
### 2). Tiempo de evolución

No se hallaron diferencias entre la temporalidad del dolor y el tipo de neoplasia de base.

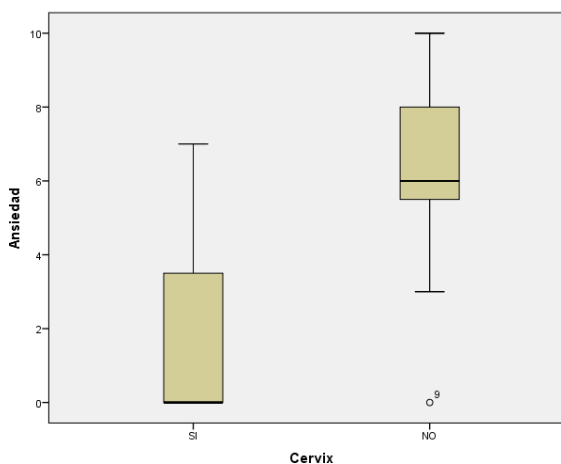
### 3). Síntomas de enfermedad avanzada (ESAS)

Se halló relación estadísticamente significativa entre la ausencia de **Ansiedad** y **Cáncer de Cérvix** ( $p=0,007$ ; OR=0,02; IC95%=0,01-0,6). (Gráfico 13).

Al realizar análisis del **nivel de ansiedad** mediante variables continuas, se observó: CA de Cérvix SI=2,3  $\pm$  4 vs. CA de Cérvix NO=6,2  $\pm$  2,5;  $p=0,03$ ). (Gráfico 14).



**Gráfico 14. Media de ansiedad entre grupos (CA cérvix SI vs. CA Cérvix no).**

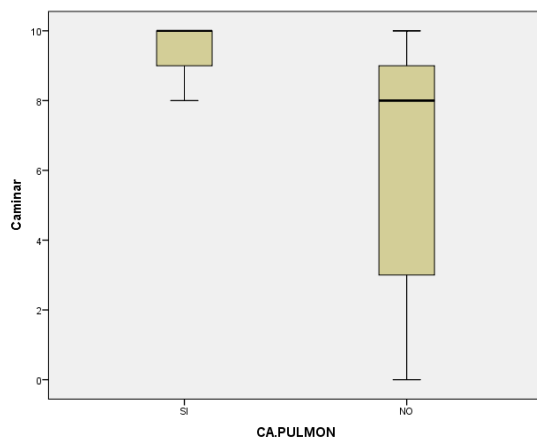


#### 4). Grado de interferencia con actividades cotidianas

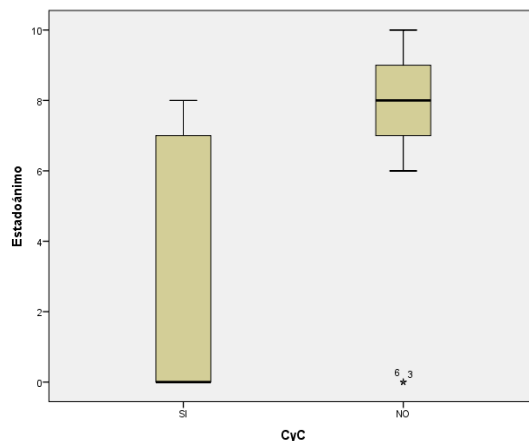
Se halló diferencia entre las medias del **nivel de interferencia para la caminata** en el grupo de pacientes con **cáncer de pulmón**: (CA Pulmón SI=9,4  $\pm$ 0,8 vs. CA Pulmón NO=6,2  $\pm$ 3,7;  $p=0,03$ ). (Gráfico 15).

También se halló diferencia entre las medias del **nivel de estado de ánimo (depresión)** en el grupo de pacientes con **cáncer de cabeza y cuello**, comparado con pacientes con otros tipos de neoplasias (CA cabeza y cuello SI=3  $\pm$ 4 vs. CA cabeza y cuello NO=7,3  $\pm$ 2,7;  $p=0,004$ ). (Gráfico 16).

**Gráfico 15. Media de interferencia para caminar entre grupos (CA Pulmón SI vs. CA Pulmón NO).**



**Gráfico 16. Media de estado de ánimo entre grupos (CA de cabeza y cuello SI vs. CA de cabeza y**



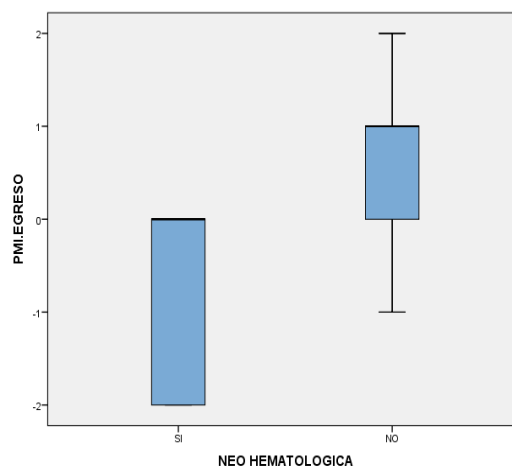
#### 5). Características del dolor

No se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre las diferentes neoplasias y la presencia específica de descriptores *sensoriales*, *afectivos*, y/o *evaluativos*; tanto en el análisis categórico como así también mediante la comparación de medias.

#### 6). Adecuación del escalón analgésico para el dolor del paciente

Se hallaron diferencias entre el valor de PMI al egreso de los pacientes con neoplasias *hematológicas* (Hematológica SI= -0,8  $\pm$ 1 vs. Hematológica NO= +0,6  $\pm$ 0,8;  $p=0,01$ ). (Gráfico 17).

**Gráfico 17. Media de PMI al egreso comparativa entre neoplasia hematológica vs no hematológica.**



## ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON DOLOR

Al realizar análisis multivariante (incluyendo como cofactores en el modelo: la edad, el sexo, el tipo de neoplasia, el nivel de ansiedad, el nivel de somnolencia, el grado de interferencia para la realización de actividades generales y para caminar); el *sexo femenino* fue la única variable que se comportó de forma independiente con la presencia de dolor de intensidad moderado-severo ( $\geq 5$  en escala EVA),  $p=0,003$ . (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis multivariante para dolor de intensidad $\geq 5$ .	
COFACTORES INCLUIDOS	<i>p</i>
<i>Sexo</i>	<b>0,003</b>
<i>Edad</i>	0,149
<i>Nivel de ansiedad</i>	0,200
<i>Nivel de somnolencia</i>	0,709
<i>Interferencia de la actividad general</i>	0,656
<i>Interferencia para caminar</i>	0,170
<i>Cáncer de mama</i>	1,000
<i>Cáncer de cérvix</i>	1,000
<i>Cáncer de pulmón</i>	0,546
<i>Cáncer de cabeza y cuello</i>	0,231
<i>Neoplasia hematológica</i>	0,086

## DISCUSIÓN

### *Características Demográficas. Sexo, edad y escolaridad.*

---

En el presente trabajo se observó un claro predominio del sexo femenino en la población evaluada. Este dato resulta coincidente con la bibliografía publicada en Argentina; donde las observaciones sobre la dinámica poblacional demuestran un crecimiento sostenido en el porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer en las últimas décadas, manifestándose de manera más acentuada en la población femenina (44). Sin embargo, al evaluar los datos arrojados por la Provincia de Santa Fe entre los años 2013 y 2015, podemos observar que la tasa de mortalidad por cáncer es menor en mujeres (45). Este dato no es aislado, dado que a nivel mundial se obtienen las mismas observaciones al respecto de tasa de mortalidad por sexo al revisar los datos expuestos por National Cancer Institute (46). Este último dato, nos hace preguntarnos si la mayor proporción de mujeres observadas en nuestro trabajo corresponde a una mayor prevalencia de cáncer, o bien, si es que las mismas -al presentar menor tasa de mortalidad- presentarán un mayor número de internaciones y consultas a centros asistenciales a lo largo de la evolución crónica de su enfermedad.

Resulta conveniente mencionar que existen publicaciones donde ha sido reportada una mayor frecuencia de consulta por dolor en la mujer (47). Un estudio realizado en pacientes sanos menores de 60 años, señala que las mujeres reportaban mayor dolor a menores umbrales, y menor tolerancia a los estímulos nocivos, comparativamente con los hombres (48)(49). Este dato ha sido justificado por autores como Gutiérrez-Lombana y col. sosteniendo que existen diferencias estructurales en los componentes de la corteza cerebral de hombres y mujeres, en el cual estas últimas presentarían mayor número de procesos neuronales, con mayor activación de la corteza frontal contralateral y del tálamo, sugiriendo un dimorfismo en respuesta al dolor (48) (50)(51). Esta breve exposición de datos, podría justificar el mayor porcentaje de mujeres incluidas en este estudio, sin embargo, la complejidad del análisis del dolor desde la perspectiva del sexo, incluye una multiplicidad de factores que se analizarán a lo largo de esta discusión.

En nuestra investigación, se observó una media de edad alrededor de los 50 años, lo cual resulta coincidente con la mayoría de estudios internacionales consultados al respecto de dolor en pacientes internados con cáncer, donde la media de edad suele corresponder a la quinta década de la vida (52)(53)(54)(55).

Sin embargo, resulta interesante analizar los datos locales referentes a mortalidad. En la provincia de Santa Fe, se registra un incremento de la mortalidad por cáncer a partir de los 60-65 años (45), por lo que, en este sentido, hubiese resultado esperable observar una mayor cantidad de pacientes en esta franja etaria. Esto podría encontrarse en relación con el hecho de que los pacientes añosos suelen ser atendidos por su familia, disminuyendo de esta manera el ingreso al nosocomio; y, por otro lado, a que las cifras expuestas por la provincia en realidad evalúan datos globales referentes a cáncer, y no a pacientes cursando internación por dolor.

La mayor proporción de la población evaluada tenía conocimientos de lectoescritura, lo cual se ve reflejado en el Censo realizado en Argentina en el año 2010, dónde se observa que tan solo el 1,2% de la población es analfabeta (56).

En relación a la vinculación de este dato con el análisis realizado respecto del dolor; ha sido señalada la importancia de la condición de saber leer y escribir, dado que la misma mejora la comunicación entre el paciente y el médico. Ello resulta especialmente importante en el momento de brindar “información nueva”, como por ejemplo: instrucciones al respecto de cómo realizar la preparación de un estudio, dónde buscar resultados, cómo consumir un medicamento por primera vez. Equivalentemente, son conocidas ciertas dificultades que pueden aparecer al momento de la comunicación con estos pacientes, donde se asume que cierto porcentaje de la información brindada en la consulta se perderá por la gravedad de la noticia (57)(58). En estas circunstancias, la comprensión de la palabra escrita es esencial, generando un soporte de garantía en el caso de olvido de la explicación verbal (59). En aquellos casos donde el paciente no sabe leer y escribir, la búsqueda de ayuda en un familiar y/o cuidador resultará fundamental.

### **Características del Dolor. *Temporalidad, localización e intensidad.***

---

#### *Temporalidad.*

La mayoría de la muestra presentó **dolor crónico**, observándose que 7 de cada 10 pacientes referían presencia del mismo durante más de 3 meses. Este dato es coincidente con la literatura revisada, donde se ha expuesto que en algunas series de pacientes ambulatorios evaluados, la duración media del dolor se hallaba cercana a las 20 semanas (60), manifestándose desde el momento del diagnóstico hasta en un 42% de los casos, y persistiendo como dolor crónico en casi el 20% de ellos (61).

En el caso de dolor por cáncer, resulta importante recordar que a medida que la quimioterapia y la cirugía se vuelven efectivas, aumenta el tiempo en que los pacientes pasan conviviendo con su enfermedad, y esta situación hace que el tratamiento del dolor por cáncer sea un proceso de por sí, crónico (62). El dolor que persiste en el tiempo, independientemente de si la causa subyacente que lo genera es de índole oncológica o no oncológica, contribuye a la fatiga, depresión, insomnio, abandono de la interacción con los pares y al deseo de muerte (12); por lo que, las consecuencias de la falta de un adecuado tratamiento y manejo a largo plazo, generan un terrible impacto en el paciente, llevando a la disminución funcional, al aumento del estrés psicológico y reducción de la sobrevida (63). Por otro lado, ha sido reportado que el dolor puede profundizarse en el contexto de la internación, ya sea por el estrés asociado a la misma o por la comorbilidad que motiva el ingreso (64).

En la introducción al Tercer Congreso Mundial de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) en el 2004 en la ciudad de Barcelona, *Bónica* habló acerca de cómo entender el dolor crónico, argumentando que en el manejo del mismo, el médico debe entender este tipo de dolor como una enfermedad en sí misma, más que pensarlo como un síntoma; sistematizando la forma de buscarlo, medirlo y tratarlo (64). Esta recomendación acerca de la sistematización en la búsqueda-medición-tratamiento del dolor por parte del personal de salud, encuentra su respaldo en numerosos resultados favorables en el manejo de estos pacientes, como por ejemplo: la evidencia de mejoría en las puntuaciones en la intensidad del dolor tras 48 horas de adecuado tratamiento analgésico (65), o el mayor alivio referido por los pacientes que sienten que tienen una buena comunicación con sus médicos y/o enfermeras (66).



### *Localización.*

En referencia de la localización, el dolor lumbar fue el reportado en la mayoría de casos. Esta observación resulta coincidente con los reportes revisados, que relatan una frecuencia de dolor con asiento lumbar cercano al 20% en tumores primarios de mama y pulmón -asimismo los más frecuentemente hallados en este trabajo- siendo la invasión ósea y el compromiso neural asociado las principales causantes del mismo (67)(68).

Si consideramos además otras las localizaciones como abdomen, pelvis y sacro; podremos observar que 3 de cada 4 tiene molestias en la cincha pelviana u abdominal; lo cual se asemeja a los datos revisados, que reportan hasta un 30% de dolor con múltiples localizaciones -que incluso pueden resultar no contiguas-(67).

### *Intensidad.*

Respecto a la intensidad del dolor referida por la población estudiada, se observó que en la mayoría de casos el mismo pudo ser clasificado como severo. Este dato se repite a lo largo de la revisión de numerosas publicaciones que reportan que el dolor se informa como moderado a severo en la mayoría de las evaluaciones primarias de estos pacientes (52)(53)(60)(69)(70).

En esta investigación hemos podido establecer diferencias según sexo, en relación a la intensidad de la percepción del dolor evaluada por la EVA, observando que el dolor -en esta muestra- fue más intenso en la mujer.

La existencia de una diferencia en la intensidad del dolor por cáncer entre géneros, es controvertida; ya que si bien ha sido reportada en algunos estudios (61)(71)(72), no ha podido demostrarse en otros (73)(74).

Si consideramos el dolor desde la evaluación clínica, fuera de la causa oncológica subyacente, observaremos que esta diferencia es asimismo reportada, donde se atribuye una mayor frecuencia de reporte de dolor en mujeres que en hombres (75)(76)(77). Ello también se observa en condiciones de dolor crónico no oncológico, asimismo más usuales en mujeres que en hombres, como ser: fibromialgia, migraña, cefalea tensional, síndrome de intestino irritable, trastornos témporo-mandibulares, y cistitis intersticial (78).

Esta diferencia entre sexos, ha intentado ser explicada por varios autores y se han propuesto diferentes mecanismos intervinientes. Entre de los **mecanismos biológicos**, se ha sugerido que las hormonas sexuales tendrían una importante influencia en la variabilidad relacionada con el dolor. De esta manera, la testosterona parecería ser más anti-nociceptiva en los hombres (78); y las mujeres presentarían un umbral más bajo del dolor en circunstancias donde existieran niveles bajos de progesterona y altos de estradiol (79). Al respecto de los **mecanismos psicosociales** se ha propuesto que las estrategias de afrontamiento del dolor también muestran diferencias, ya que, mientras los hombres tienden a usar distracción conductual y tácticas centradas en el problema para controlar el dolor, las mujeres tienden a utilizar una variedad de técnicas que incluyen: apoyo social, afirmaciones positivas, técnicas centradas en la emoción, cognitivas, de reinterpretación y de enfoque atencional (78)(80). Creemos interesante traer a colación dos trabajos que plantean perspectivas novedosas al respecto de la justificación de estas diferencias. En principio, el concepto de "*catastrofismo*" -el cual se refiere a la ampliación y la rumiación de información relacionada con dolor- cuya observación resulta más frecuente en la mujer, y que

podría encontrarse en relación con esta mayor percepción por parte del sexo femenino (80). Y en segundo lugar, el mecanismo de afrontación de “*autoeficacia*” -definido por Bandura como la creencia de una persona en su capacidad de tener éxito en una situación particular- desarrollado por cada sexo; donde se ha propuesto que los hombres tendrían esta característica mejor desarrollada, por lo cual percibirían menos dolor (81). Al respecto de la óptica *sociocultural*, y en relación a las estrategias de afrontamiento del dolor descritas, se ha reportado que las mujeres presentan una mayor utilización de la asistencia sanitaria, con una mayor resolución de problemas, apoyo social, declaraciones positivas sobre sí mismas y conductas paliativas que los hombres (47). A la vista de estos datos, parecería que las creencias socioculturales sobre la feminidad y masculinidad podrían ser un determinante a tener en cuenta en las respuestas al dolor entre los sexos, donde la expresión de dolor sería socialmente más aceptable entre las mujeres que entre los hombres (50)(82).

Sin embargo, no podemos dejar de destacar en este análisis, que la contraposición con la evidencia publicada, comprende la inclusión de trabajos con ciertas falencias metodológicas, ya que la mayor parte de los mismos han sido realizado en hombres -o con mayor muestra numérica de los mismos-; y en otros, no se informa el sexo como variable e interés (83).

Respecto del manejo terapéutico, no queremos dejar de mencionar las conocidas diferencias en la respuesta analgésica entre hombres y mujeres, las cuales se mencionaron al inicio de esta discusión.

Son conocidos los datos de numerosos estudios clínicos que han revisado las diferencias ligadas al género en el nivel de analgesia ligado a la morfina; donde se ha postulado que los hombres presentarían un mayor nivel de analgesia que las mujeres (84)(85); mientras que estas requerirían dosis hasta 30% superiores para alcanzar el mismo nivel de control de dolor que los hombres(84).

Como dato independiente de lo expuesto hasta el momento, se ha planteado que existiría cierto sesgo respecto del sexo del prescriptor de analgesia, postulando que los médicos son más propensos a indicar analgésicos opioides a pacientes del mismo sexo(86); y que en general los varones reciben tratamientos más agresivos para su dolor, mientras que la mujeres son más propensas a ser infra-tratadas (75).

Por otra parte, cabe destacar que la adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos también ha reportado diferencias según sexo, observándose mayor dolor e indecisión para el uso de analgésicos en las mujeres; mientras que los hombres tendrían un mayor porcentaje de control del dolor y una significativa mayor adherencia analgésica (87).

Creemos que hay una pregunta que debemos realizarnos: ¿existe diferencia en la percepción de las características e intensidad del dolor, o la diferencia se halla en la capacidad de relatar el mismo? En este sentido, otros investigadores igualmente han abordado este interrogante. Wise *et al* ha reportado que ante un mismo estímulo nocivo, las mujeres presentan una mayor predisposición a relatarlo (88); mientras que Vallerand *et al* indican una mayor capacidad para describir sensaciones dolorosas en el sexo femenino (72).

A la luz de la evidencia actual, parece claro que se requerirán más estudios al respecto para comprender estas diferencias evidenciadas.

## Síntomas de Enfermedad Avanzada asociados al Dolor. *Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) y Carga Sintomática.*

---

### *Síntomas de enfermedad avanzada.*

De la evaluación realizada con la ESAS, se desprendió que los síntomas más frecuentes en nuestra muestra, fueron: ansiedad, somnolencia, fatiga, anorexia, náuseas, depresión, disnea y constipación. Esta observación resulta similar a lo reportado por otras experiencias, donde se ha informado que: *fatiga, dolor, falta de energía, debilidad y anorexia* suelen ser los 5 síntomas más frecuentes, pudiendo estar presentes hasta en el 50% de casos (19); incluso acompañados de otros como *náuseas, somnolencia, depresión, disnea, ansiedad y alteraciones en el sueño* (53).

Los síntomas múltiples tienen un profundo impacto en la autonomía, la función y el estado psicológico de los pacientes. Por lo que, el manejo de los mismos y la atención integrada, son necesarios para empoderar a los pacientes con cáncer avanzado, y reducir su lucha con la carga del autocontrol, la desesperanza, el aislamiento, el miedo al abandono y la ansiedad en relación la muerte (89). Tras lo expuesto, y en contemplación de la cantidad de síntomas que pueden convivir en un mismo paciente; es que debemos remarcar que muchas veces, ante una incorrecta evaluación y registro por parte del médico tratante, varios de los mismos pueden no ser recabados por la falta de evaluación sistematizada, lo que tiene como consecuencia la falta de tratamiento, y su asociación a estadías hospitalarias más prolongadas y a re-internaciones frecuentes para control de los mismos (90). De los datos expuestos se desprende la importancia en la utilización de herramientas estandarizadas que permitan a los pacientes auto-informar sus síntomas, ya que este hecho se ha vinculado linealmente con una mejorar la calidad en la atención (53)(91).

### *Carga sintomática.*

La media de carga sintomática fue de 6 síntomas por paciente -considerando aquellos informados con una intensidad igual o mayor a 4-. Este dato resulta coincidente con otras experiencias publicadas, que reportan asimismo medias de 5 a 6 (19)(20); aunque también debemos mencionar, que existen trabajos que reportan valores mucho mayores, informando de 9 a 13 síntomas por individuo, dependiendo de la serie evaluada (92)(93)(94).

En nuestro trabajo hemos hallado una notoria diferencia respecto de la carga sintomática entre mujeres y hombres (promedio 6 síntomas versus 2, respectivamente). Tras una extensa revisión bibliográfica, no hemos hallado otros trabajos que reporten esta diferencia observada según sexo en la cantidad de síntomas en sus resultados, mientras que muchos otros no lo incluyeron dentro de sus objetivos ni métodos de investigación. Por lo expuesto, creemos que resultaría interesante a futuro, la inclusión de este análisis en trabajos posteriores, a fin de analizar este dato.

Los cuidados paliativos tempranos mejoran el ESAS, particularmente en aquellos pacientes con síntomas moderados a severos (53). Este dato resulta sumamente importante, dado que la mayor carga sintomática ha sido asociada con la presencia de un peor estado funcional (35); y por lo tanto, el correcto abordaje de este escenario, se relacionaría directamente con un mejor estado global del paciente.

Consideramos importante mencionar que existe evidencia de síntomas que se presentan con mayor frecuencia en dependencia del sexo, de esta manera: *disnea, ronquera, pérdida de peso, hipo y disfagia* serían más comunes en los hombres; mientras que *ansiedad, náuseas, vómitos y saciedad precoz* serían más habituales en mujeres, que además presentarían síntomas gastrointestinales de forma más asidua y grave -especialmente en aquellas que padecen cánceres de origen ginecológico-. (92)(95).

*Síntomas de enfermedad avanzada y su relación según sexo.*

En esta investigación, hemos podido establecer ciertas diferencias ligadas al sexo, con respecto a estos síntomas de enfermedad avanzada.

- *Mayor ansiedad en el varón.*

Como se ha mencionado previamente, este resultado obtenido no es coincidente con lo publicado en otros trabajos, donde se ha vinculado al sexo femenino con mayores niveles de ansiedad (92).

Sin embargo, consideramos que este hecho puede estar en relación a la heterogeneidad de las poblaciones evaluadas en las distintas experiencias. En nuestro medio, por lo general, existe una mayor vinculación del sexo femenino al sistema de salud. Este hecho se refleja en observaciones de la práctica cotidiana: mujeres que van al hospital a parir, a vacunar a sus hijos, a cuidar a sus padres o hermanos; ello hace que, de cierta manera, las mujeres sean más conocedoras del sistema de salud, desenvolviéndose dentro de un ámbito conocido, y por lo tanto pudiendo presentar menor ansiedad con respecto a la realización de estudios, realización de trámites administrativos y búsqueda de medicación, entre otros.

Independientemente de si esta explicación resulta certera o no, creemos que la evaluación de los niveles de ansiedad es fundamental. Por un lado, en relación al hallazgo en el sexo masculino, porque existen datos objetivos al respecto de que la ansiedad incrementa al doble la mortalidad por cáncer en los hombres, pero no así en las mujeres (96); y porque por otro, independientemente del género, la experiencia dolorosa se ve atravesada por los estados emocionales, observándose que a mayor ansiedad también se reporta: mayor dolor, mayor interferencia funcional y mayor disminución de la actividad general (47)(97)(98).

- *Mayor depresión en la mujer.*

Este hallazgo resulta en concordancia con los resultados de otras publicaciones, que hacen referencia a mayores tasas de ansiedad y depresión en el sexo femenino -con una prevalencia dos a tres veces superior que la observada para los hombres-, como así también para algunos tipos de cáncer (92)(99). Como primera apreciación, debemos mencionar que el dolor, por sí mismo, puede inducir a depresión clínica (100). Sin embargo, en el caso particular de la mujer, probablemente este hecho se encuentre vinculado asimismo a cambios físicos ligados a la patología de base. Estos cambios se han relacionado a alteraciones en la representación de la feminidad y de la sexualidad, que pueden complicar seriamente la representación psíquica de la enfermedad y perjudicar la vida familiar de las pacientes. Existe evidencia sobre la prevalencia de depresión en el cáncer, la cual aumenta con la gravedad de la enfermedad y con la intensidad de los síntomas, como el dolor y la fatiga (101); siendo la gravedad de la depresión, el factor

predicador mayormente vinculado con una peor calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado (99). Estas pacientes se benefician con los cuidados paliativos tempranos, ya que estos mejoran significativamente las puntuaciones de depresión (102)(103)(104).

- *Mayor somnolencia en la mujer.*

Al respecto del hallazgo vinculado al sexo femenino, hemos revisado un estudio realizado en mujeres con cáncer de mama, que postula que ciertos factores como: el mayor índice de masa corporal, el temor a futuras pruebas diagnósticas, la presencia de depresión y/o fatiga, los niveles más altos de educación, el hecho de no trabajar a sueldo y de no haberse sometido a quimioterapia neoadyuvante, resultaron predictores de somnolencia diurna (105). Asimismo, otras publicaciones han vinculado a la depresión con una menor cantidad de horas de sueño, y consecuentemente, mayor somnolencia; como así también al dolor no controlado con dificultades para conciliar el sueño y despertares frecuentes durante la noche (106). Independientemente del sexo, los trastornos del sueño son frecuentes en pacientes oncológicos con enfermedad avanzada, lo cual se asocia directamente con la presencia de ansiedad y depresión (103). En este sentido, los múltiples roles del sexo femenino, cómo son: el trabajo fuera y dentro del hogar, la falta de descanso adecuado, la depresión y ansiedad concomitante, puedan jugar un papel fundamental en esta diferencia por género.

Para finalizar este apartado, debemos tener presente que este síntoma suele encontrarse en relación a los efectos adversos a opioides, siendo de hecho, uno de los más frecuentes en el período de titulación de dosis. Las mujeres pueden experimentar depresión respiratoria y otros efectos adversos más fácilmente recibiendo las mismas dosis de opioides que los hombres (107), lo que probablemente se encuentre en relación con las diferencias en la metabolización y excreción de la droga.

#### *Síntomas de enfermedad avanzada y su relación según neoplasia de base.*

Hemos establecido ciertas diferencias ligadas a la neoplasia de base objetivada, con respecto a estos síntomas de enfermedad avanzada.

- *Menor ansiedad en cáncer de cérvix.*

Tras la revisión realizada, no hemos hallado coincidencia entre nuestros resultados y lo revisado en la bibliografía.

Existe un estudio conducido en pacientes con cáncer de cérvix, donde se describe que en las pacientes incluidas: el dolor y el sangrado menstrual irregular fueron los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de ansiedad (108). Asimismo, otros trabajos, han reportado mayores los niveles de ansiedad en presencia de diagnóstico de cáncer ginecológico (99).

La mayor ansiedad en cáncer de cuello uterino se ha vinculado a la presencia de otro tipo de situaciones, como por ejemplo la falta de apoyo familiar (109).

Al momento de derivación a cuidados paliativos, más de la mitad de estas pacientes presentará dolor, anorexia, pobre sensación de bienestar, fatiga, insomnio, constipación y angustia; lo cual asimismo ha sido vinculado a mayores niveles de ansiedad (110).

Tal vez este dato se encuentre en relación a factores socioculturales ligados a características familiares no analizadas en esta investigación.

### *Interferencia con actividades de la vida cotidiana. Cuestionario Breve para la Evaluación del Dolor (BPI).*

---

En nuestro trabajo observamos que el dolor provocó una interferencia -de moderada a severa- para numerosas actividades de la vida cotidiana, entre ellas: trabajar, dormir, realizar actividades generales, caminar, divertirse y para relacionarse con otras personas.

Esto es coincidente con lo observado en varias de las publicaciones revisadas, que señalan un nivel de interferencia del dolor en la actividad de la vida diaria con una intensidad promedio de entre 6 y 7 -en una escala de 0 al 10- (111)(112).

En este sentido, existen diferentes investigaciones realizadas en pacientes con cáncer y dolor crónico, donde se observó que la interferencia funcional resultaba directamente proporcional a la intensidad del dolor, ya sea en pacientes ambulatorios (113), como así también en el caso de pacientes internados (114).

Por el contrario, un artículo, en un grupo de pacientes de un hospital en Taiwán, observó que la media de interferencia del dolor en las actividades presentó intensidades promedio de 3,5 -en una escala del 0 al 10-(115).

También existe evidencia que soporta que la relación de severidad-interferencia del dolor no siempre sería lineal (32); y que, de hecho, los pacientes pueden realizar tareas domésticas, con la misma intensidad de dolor, pero con menor nivel de interferencia, si la actividad que estaban realizando resultaba placentera.

Esta contrastación de datos no hace más que fortalecer las consideraciones ya realizadas para el dolor: la subjetividad en la percepción del mismo; la heterogeneidad de su intensidad en relación a las características de los pacientes que lo padecen; la influencia psico-socio-cultural en la forma de percibirlo; y las diferencias en la forma de sistematizar y medir el mismo por parte de los equipos médicos.

#### *Interferencia en actividades de la vida cotidiana y su relación según sexo.*

En nuestra experiencia, hemos podido establecer diferencias ligadas al sexo para la realización de ciertas actividades.

- *Mayor interferencia del dolor para CAMINAR en la mujer.*

En líneas generales, cualquier actividad de la vida cotidiana, independientemente del sexo del paciente, se ve afectada de forma más o menos significativa por la presencia de dolor (116).

Hemos hallado pocos estudios que hacen referencia a este dato. *Vicente Herrero et al* han demostrado en sus investigaciones realizadas en la población laboral general, que en la mujer, el dolor interfiere más en las variables de componente físico, hallando diferencias estadísticamente significativas entre sexos en el caso particular de la caminata (112); sin embargo, no hemos podido encontrar bibliografía que respalde este hallazgo en pacientes con dolor oncológico.

- *Mayor interferencia del dolor para realizar ACTIVIDADES GENERALES en la mujer.*

Al respecto de este dato, el mismo podría explicarse por expectativas de rol socialmente mayores, o al menos diferentes, para las mujeres respecto de los hombres; siendo los roles de vida más amplios y numerosos en las primeras (117).

Si este fuera el caso, tal vez el manejo clínico del dolor en las mujeres podría requerir de un apoyo adicional o adquisición de ayuda adicional pagada, a fin de minimizar el cansancio y poder atravesar su enfermedad de forma más activa (71).

#### *Interferencia en actividades de la vida cotidiana y su relación según neoplasia de base.*

- *Mayor interferencia para CAMINAR en el cáncer de pulmón.*

El Test de la Caminata en 6 minutos es una de las medidas más utilizadas para valorar la capacidad funcional respiratoria; estableciendo que existe deterioro en la misma cuando se objetivan cambios del 9,5% o superiores (118). En este sentido, creemos que la vinculación hallada entre la interferencia para la caminata en el cáncer de pulmón, no presentaría tanta relación con el dolor referido, sino que estaría más injerencia por la disnea que padecen estos pacientes (118)(119).

- *Mayor nivel de ESTADO DE ÁNIMO el cáncer de cabeza y cuello.*

En la literatura consultada, se ha observado que el cáncer de cabeza y cuello tendría un efecto negativo en el funcionamiento social, recreativo y sexual (120); presentando las mayores cifras de incidencia de trastornos depresivos entre todos los pacientes oncológicos -con tasas que van del 23% al 50% de las series evaluadas- (121)(122)(123)(124)(125), y acarreando a una frecuencia desproporcionadamente alta de suicidio, abuso de sustancias, conflictos de pareja, aislamiento social, desfiguración y daño de la autoimagen en estos pacientes (126).

En los pacientes portadores de estas neoplasias, el estado depresivo presente al momento de planificar el tratamiento: disminuye la adherencia al mismo y predice la mortalidad general a 2 años (123)(127); asociándose asimismo a una mayor frecuencia de ingresos hospitalarios (128). Los datos arrojados por este trabajo, no son concordantes con la literatura, sin embargo es importante detectar depresión en los pacientes oncológicos -y particularmente en este grupo- con el fin, no solo de mejorar la calidad de vida, sino también de mejorar las expectativas y los resultados terapéuticos.

#### **Características sensoriales, afectivas y evaluativas del Dolor.** *Cuestionario Corto de Mc Gill (SF-MPQ).*

---

En el presente trabajo, los *descriptores sensoriales* referidos con mayor frecuencia por los pacientes, fueron: sensación de desgarrar, pinchazo, de peso, pulsátil, como retorcijón y tipo entumecimiento. Sin embargo, muchos pacientes utilizaron asimismo *descriptores afectivos o evaluativos* para relatar el tipo de dolor padecido, designándolo como un dolor “terrible”, “insufrible” o “que atormentaba”.

El cuestionario multidimensional de Mc Gill, nos acerca al diagnóstico del dolor neuropático, el cual se presenta frecuentemente junto al dolor nociceptivo en los pacientes oncológicos, dando lugar al llamado *dolor mixto* (129)(130).

La evaluación realizada a través de este cuestionario, aporta datos sumamente relevantes al respecto de la percepción del síntoma por parte del paciente, especialmente porque es sabido que la evaluación clínica del dolor presenta discrepancias respecto al dolor de tipo experimental, -ya que la valoración del mismo corre a cargo del propio paciente, influenciado por el contexto del sujeto- (31). De hecho, existe un trabajo que ha comparado los resultados obtenidos con este cuestionario en la caracterización del dolor en diferentes patologías, y se ha observado que los pacientes que padecían dolor por cáncer eran los que más descriptores utilizaban (131).

El dolor neuropático se encuentra frecuentemente asociado a las patologías oncológicas, sea por infiltración directa de estructuras adyacentes, o bien como consecuencia de los tratamientos antineoplásicos utilizados, como por ejemplo, los fármacos citotóxicos (130). La presencia de este tipo de dolor, se asocia significativamente con un empeoramiento de la calidad de vida; ya que, por ser pobremente respondedor a opioides, resulta necesario su tratamiento con otros grupos de fármacos, entre ellos antiepilépticos -como gabapentina o pregabalina-, antidepresivos -como amitriptilina o duloxetina-, o preparados tópicos; junto con otros fármacos y métodos no farmacológicos (129)(132)(133).

En nuestro trabajo encontramos indicación de fármacos adyuvantes al ingreso en 3 de cada 10 pacientes; mientras que más del 75% de la muestra presentó al menos 1 descriptor sensorial vinculado al dolor de características neuropáticas. Este dato muestra, una vez más, la importancia de implementar estrategias para la identificación temprana del dolor neuropático por cáncer, a fin de adecuar el tratamiento analgésico de estos enfermos (133).

### **Adecuación terapéutica. Índice de Control del Dolor (PMI).**

---

En nuestra población el índice de adecuación del tratamiento (PMI) reflejó un resultado global con valor negativo, traduciéndose en la falta de adecuación al escalón analgésico para el dolor referido. Estos datos han sido asimismo observados por otros autores como D'Andrea y *col.*, que en una revisión de trabajos realizados entre 1997 a 2007, reportaron que hasta un 43% de los pacientes con cáncer tenían una puntuación negativa a la evaluación mediante PMI (16). Por su parte, Greco y *col.*, en un metanálisis que incluyó estudios realizados entre 2007 y 2013, observaron que hasta un 25% de los pacientes son sub-tratados (17).

El PMI no parecería resultar totalmente apropiado para evaluar la calidad de atención a nivel individual, ya que no evalúa otros aspectos del tratamiento del dolor, como: el cumplimiento de paciente de la terapia, dosis, vías de administración, analgésicos coadyuvantes, otras terapias no farmacológicas. Además, no debemos olvidar que se trata de una evaluación temporal fija, que no captura los cambios dinámicos en relación con la intensidad del dolor ni la voluntad del prescriptor de cambiar la dosis de acuerdo al dolor expresado (134). Sin embargo, a pesar de las limitaciones mencionadas, el PMI es una herramienta útil, ya que proporciona al menos una estimación aproximada de cómo se trata el dolor en la población (16).



Cabe destacar que, al ingreso, la mitad de los pacientes tenían como medida terapéutica un analgésico común; mientras que, al egreso, 8 de cada 10 fueron medicados con un opiode fuerte. Esta dificultad observada en la evaluación -y por ende, en el manejo-, puede deberse a las barreras que existen en el manejo del dolor por cáncer. Creemos que resulta importante mencionar las mismas, ya que lejos de ser escasas, son cada vez mayores y más asiduamente observadas: *relacionadas al personal de salud*: mala evaluación del dolor, falta de conocimientos sobre el manejo del mismo, renuencia a prescribir opioides, temor a los efectos adversos, temor a la adicción, temor a las restricciones legales y administrativas para recetar opioides, creencia de que los analgésicos comunes tienen igual potencia que los mismos, imagen pública negativa de la morfina, rechazo del personal de enfermería a administrar opioides, falta de especialistas; *relacionadas con el paciente*: renuencia a informar dolor y a la ingesta de opioides, dificultad económica para adquirir la medicación; y *relacionados con el sistema de salud*: falta de servicio psicosocial, falta de equipos multidisciplinarios, falta de acceso a analgésicos, falta de acceso a profesionales intervencionistas o que apliquen medidas no farmacológicas, falta de coordinación entre servicios, falta de apoyo a los especialistas del dolor y cuidados paliativos (18).

Como puede observarse, los múltiples actores, factores y escenarios involucrados en el manejo del dolor, complejizan el adecuado manejo del mismo, y obligan a la búsqueda de estrategias activas para lograr un mejor manejo. En este sentido, creemos que muchas de las barreras expuestas pueden mejorarse con la educación a los profesionales de salud y a los pacientes, constituyéndose la *comunicación entre el médico y el paciente* una herramienta insoslayable, para lograr mejor control del dolor, ya sea desde la evaluación cómo del tratamiento. Estos datos, que hablan de la ineficacia del control del dolor deben ser tomados para implementar políticas de salud a fin de reducir la prevalencia del mismo en pacientes oncológicos.

Respecto al hallazgo de una peor adecuación terapéutica al tratamiento analgésico en los pacientes onco-hematológicos, se ha postulado que los pacientes con neoplasias hematológicas son mucho menos propensos a recibir atención de servicios paliativos o de hospicio especializados en comparación con otros tipos de cáncer (135). Existirían varias explicaciones posibles para este hallazgo, que incluyen: la gestión continua por parte del equipo de hematología y los consiguientes vínculos fuertes entre el personal y los pacientes, las transiciones inciertas a un enfoque paliativo de la atención, y las transiciones repentinas, dejando poco tiempo para la entrada paliativa (136)(137).

## LIMITACIONES

- Si bien el número de pacientes recabados en un período de 6 meses resultó apropiado, debido a la duración de la recolección de la muestra, la  $n$  global resultó escasa.
- El trabajo se realizó en pacientes internados, por lo que las características del dolor analizadas podrían no resultar extrapolables a pacientes en condición ambulatoria.
- La evaluación de los pacientes se realizó de forma secundaria a la intervención del Médico Clínico y a la posterior solicitud de interconsulta con el Servicio de Cuidados Paliativos. Resultaría interesante la evaluación del dolor de los mismos al ingreso hospitalario, sin el sesgo mencionado.

## CONCLUSIONES

- En nuestra experiencia, las mujeres manifestaron dolor más intenso, mayor carga sintomática y mayor interferencia funcional (destacándose en esta última categoría: mayores niveles de somnolencia, de interferencia para caminar, y para realizar actividades generales).
- Se observó mayor ansiedad en el sexo masculino, mientras que las pacientes de sexo femenino y los enfermos con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello, exhibieron menor estado de ánimo, es decir, mayores niveles de depresión.
- La evaluación sistemática mediante los cuestionarios y escalas utilizadas, permite una mejor caracterización del dolor, permitiendo evaluar globalmente las muchas facetas del mismo; y determinando si el tratamiento analgésico instituido resulta adecuado o no.
- La implementación de estrategias de derivación temprana a cuidados paliativos, conjuntamente con la conformación de equipos multidisciplinarios, resulta mandatorio a los fines de mejorar el abordaje de estos pacientes.

## REFLEXIONES FINALES

---

*La dificultad de investigar en cuidados paliativos.* En los pacientes con diagnóstico de enfermedad avanzada, se hace difícil investigar, ya sea: por las dificultades a la hora de reclutar pacientes, el pequeño tamaño de las muestras, las elevadas tasas de abandono en los estudios, la condición rápidamente cambiante de las situaciones clínicas, o la reticencia de los colegas a remitir pacientes. Sin embargo, esto no exime a los cuidados paliativos de la responsabilidad de una investigación seria. Actualmente, no hay estudios que aborden el dolor en pacientes con cáncer avanzado en Argentina, ni de la asociación de este con los síntomas de enfermedad avanzada; por lo que no estaríamos equivocados en decir que las voces de los pacientes muy enfermos y de los que se encuentran en etapa terminal de la vida, corren el riesgo de no ser oídas. Es nuestra responsabilidad ética -como investigadores, como médicos, y como personas- el asegurarnos la generación de espacios de análisis y discusión sobre las necesidades y problemas de estos pacientes

*Desigualdad en el acceso a Cuidados Paliativos.* A nivel mundial, el cáncer es una de las principales causas de muerte, 70% de las cuales ocurren en familias de bajos y medianos ingresos. Sin embargo, irónicamente, el consumo de morfina es superior y es más económica en los países desarrollados. Como se ha mencionado en un artículo publicado por The Lancet Commissions, existe un abismo entre los pacientes que tienen acceso a los cuidados paliativos y al alivio del dolor y los que no, la perpetuación de estas disparidades es una injusticia médica, que atañen a la salud pública y a la moral. Los programas de cuidados paliativos son esenciales para el manejo temprano de los síntomas en pacientes con cáncer avanzado, siendo apropiados en cualquier punto de una enfermedad que amenace la vida. No debiera existir la dicotomía de tratamiento curativo versus la derivación a cuidados paliativos; sino que deberían ofrecerse simultáneamente desde el momento del diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, ya que, además de mejorar la calidad de vida y el estado de ánimo, hay reportes de que esta conducta alargaría la supervivencia en estos pacientes.

*La evaluación sistemática.* La evaluación del dolor es la base del tratamiento de estos pacientes, sentando las bases de una atención específica, competente y compasiva. No debemos cometer el error de guiar la evaluación del dolor con la impresión clínica, ya que seguramente subestimaremos la intensidad del síntoma en cuestión, y terminaremos por desconocer la existencia de otros síntomas acompañantes. Entonces, el interrogatorio sistemático, realizado por diferentes actores del equipo de salud, y utilizando herramientas validadas a tal fin: serán la clave para realizar una evaluación completa.

*Problemas complejos.* Un problema requiere siempre de un sujeto; de tal modo, no hay problemas iguales y por lo tanto no puede haber estrategias de tratamiento universales. Sin embargo, vemos cómo en la literatura, se desvelan por realizar algoritmos y recomendaciones, que deberían considerarse aplicables en “cualquier paciente” o en “todos los pacientes”. Este consenso pretendido, resulta imposible a los fines prácticos; pero si es que alguna vez fuera a lograrse, solo podría hacerse a través del trabajo colaborativo, en la sumatoria de las diferentes líneas de investigación a nivel local, que contribuyan a mostrar todas las facciones del rostro del dolor a nivel mundial.



**ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado con DNI/LC/LE N° \_\_\_\_\_ y como paciente o como responsable del paciente \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ autorizo al Dr.(a) \_\_\_\_\_ médico/a; para la inclusión de mis datos en el Trabajo de Investigación: ***“Dolor en pacientes internados con cáncer”***, teniendo en cuenta que la negativa a la participación del mismo no condicionará el manejo clínico y/o tratamientos recibidos a lo largo de la internación.

Asimismo, he sido informado claramente sobre los datos que serán incluidos en el estudio, asegurando que tanto mi apellido, nombre y número de DNI serán mantenidos en anonimato.

Al firmar este documento reconozco que el mismo me ha sido leído y explicado, y que comprendo perfectamente su contenido.

Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE O HUELLA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TESTIGO O HUELLA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_



**ANEXO 2. CARTAS A COMITÉS DE DOCENCIA Y BIOÉTICA.**

Rosario, 01 de Abril de 2013.

Comité de Ética / Comité de Docencia

Hospital Provincial de Rosario

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Me dirijo a ustedes con la finalidad de comunicarles mi deseo de realizar un proyecto de investigación observacional prospectivo, en el período comprendido entre el 01 de Junio de 2013 y el 31 de Diciembre de 2013; a realizarse en la sala general de internación adultos.

Surge esta inquietud ante la necesidad de realizar dicho proyecto como parte del trabajo final de la carrera de Posgrado Universitario de la especialidad de Clínica Médica.

Adjunto el proyecto completo titulado ***“Dolor en pacientes internados con cáncer”***; donde especifica el tema, los objetivos, material y métodos y variables a analizar, y el consentimiento informado. Solicito su autorización para realizar el mismo.

Agradezco su atención y espero su pronta respuesta.

Atte.

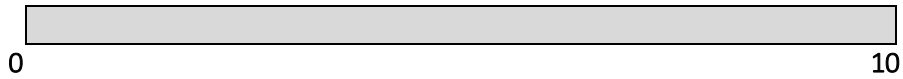
Dra. Gabriela Capalbo





### ANEXO 3. ESCALA VISUAL ANÁLOGA (EVA).

Marque con lápiz, la intensidad del dolor (Siendo 0, nada de dolor y 10 el peor dolor que se pueda imaginar)



- Se mide con una regla y se otorga un valor del 0-10
- Interpretación:
  - 0 (ausencia de dolor),
  - 1 a 4 (dolor leve),
  - 5 a 6 (dolor moderado),
  - 7 a 10 (dolor severo).



**ANEXO 4. ESCALA DE EVALUACIÓN DE EDMONTON (ESAS).(138)**

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

<b>CANSANCIO DEBILIDAD</b>	Nada agotado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Lo más agotado que se pueda imaginar
<b>NÁUSEAS</b>	Sin náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La peor náusea se pueda imaginar
<b>ESTADO DE ÁNIMO</b>	Nada desanimado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
<b>ANSIEDAD</b>	Nada nervioso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
<b>SOMNOLENCIA</b>	Nada somnoliento	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
<b>ANOREXIA</b>	Ninguna pérdida de Apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El peor apetito que se pueda imaginar
<b>SENSACIÓN DE BIENESTAR</b>	Sentirse perfectamente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
<b>DISNEA</b>	Ninguna dificultad para respirar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La mayor dificultad para respirar que se
<b>CONSTIPACIÓN</b>	Nada de Constipación	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Lo mayor Constipación que pueda imaginar
<b>DOLOR</b>	Nada de dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El peor dolor que se pueda imaginar

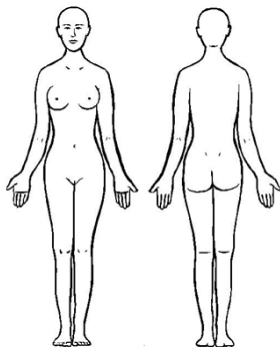


## ANEXO 5. CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR (BPI).(40)(139)

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

SI/NO

2. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque con una cruz la zona que más le duele



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

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

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

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

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

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

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

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

7. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

8. En las últimas 24 horas, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o la medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio

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

9. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana:

Actividad en general	No interfiere	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Interfiere por completo
Estado del Ánimo	No interfiere	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Interfiere por completo
Capacidad de caminar	No interfiere	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Interfiere por completo
Trabajo (dentro y fuera de casa)	No interfiere	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Interfiere por completo
Relaciones con otras personas	No interfiere	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Interfiere por completo
Sueño	No interfiere	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Interfiere por completo
Capacidad de diversión	No interfiere	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Interfiere por completo



**ANEXO 6. CUESTIONARIO DE DOLOR MC GILL (SF-MPQ)(140)**

Describa su dolor durante la última semana.

	No	Leve	Moderado	Severo
1. Como pulsaciones	0	1	2	3
2. Como una sacudida	0	1	2	3
3. Como un latigazo	0	1	2	3
4. Pinchazo	0	1	2	3
5. Calambre	0	1	2	3
6. Retorcijón	0	1	2	3
7. Ardiente	0	1	2	3
8. Entumecimiento	0	1	2	3
9. Pesado	0	1	2	3
10. Escozor	0	1	2	3
11. Como un desgarró	0	1	2	3
12. Que consume	0	1	2	3
13. Que maree	0	1	2	3
14. Terrible	0	1	2	3
15. Que atormenta	0	1	2	3

Valore su dolor durante la última semana

Marque con una línea, la posición que mejor describa la intensidad su dolor

Sin dolor  Máximo dolor Imaginable

Intensidad del dolor en este momento

- 0- Nada de dolor
- 1- Leve
- 2- Molesto
- 3- Intenso
- 4- Horrible
- 5- Insufrible

---

**Interpretación**

Descriptores Sensoriales (01-11) /33

Descriptores Afectivos (12-15) /12

Evaluativo /5

Total (S+A+E) /50

EVA semanal /100





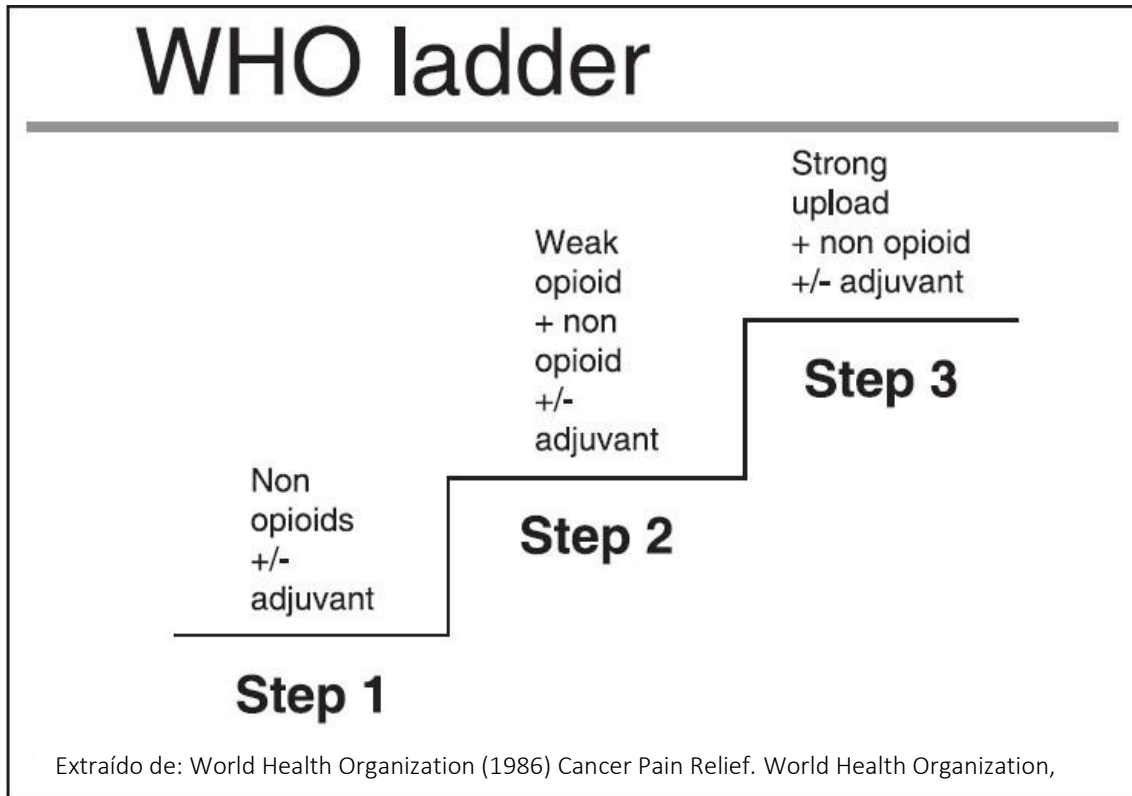
**ANEXO 7. ÍNDICE DE CONTROL DEL DOLOR (PMI)(16)**

Tratamiento del Dolor según escalera analgésica de la OMS – Intensidad de Dolor según EVA = X

Tratamiento según escalera analgésica de la OMS	Intensidad del dolor Según EVA
0- Ningún tratamiento	0-Nada de dolor
1- Primer escalón	1-Dolor leve 1 al 4
2- Segundo escalón	2-Dolor moderado 5 al 6
3- Tercer escalón	3-Dolor Severo del 7 al 10



ANEXO 8. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS 1986 (14)





## BIBLIOGRAFÍA

1. Keating L, Smith S. Acute Pain in the Emergency Department: The Challenges. *Rev pain*. 2011;5(3):13–7.
2. Karwowski-Soulié F, Lessenot-Tcherny S, Lamarche-Vadel A, Bineau S, Ginsburg C, Meyniard O, et al. Pain in an emergency department: an audit. *Eur J Emerg Med*. 2006;13(4):218–24.
3. López-Silva M. C., Sánchez de Enciso M, Rodríguez-Fernández MC, Vázquez-Seijas E. Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2007;14(1):9–19.
4. Parra D. Valoración del V Signo Vital en Atención Primaria. *Rev El Dolor*. 2010;(5):11–6.
5. Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain*. 1989;37(2):215–22.
6. Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain*. 1984;18(3):299–314.
7. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287–333.
8. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*. 2007;18(9):1437–49.
9. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(6):1070–1090.e9.
10. Grupo de Trabajo del Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Instituto Nacional del Cáncer. Sala de situación del Cáncer en la República Argentina 2016; <http://www.msal.gov.ar/inc/recursos-de-comunicacion/sala-de-situacion-del-cancer-en-la-argentina-2016/>
11. Fischer DJ, Villines D, Kim YO, Epstein JB, Wilkie DJ. Anxiety, depression, and pain: Differences by primary cancer. *Support Care Cancer*. 2010;18(7):801–10.
12. Coyle N. Assessing cancer pain in the adult patient. *Oncology (Williston Park)*. 2006;20(10):41–9.
13. Clark D. Total pain: the work of Cicely Saunders and the hospice movement. *APS Bulletin*. 2000;10(4):13–15.
14. World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva: 1986. [en línea] fecha de acceso [fecha de acceso 14 de enero de 2018]. URL disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/43944>
15. Neufeld NJ, Elnahal SM, Alvarez RH. Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact. *Future Oncol*. 2017;13(9):833–41.
16. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol*. 2008;19(12):1985–91.
17. Greco MT, Roberto A, Corli O, Deandrea S, Bandieri E, Cavuto S, et al. Quality of cancer pain management: An update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32(36):4149–54.
18. Kwon JH. Overcoming barriers in cancer pain management. *J Clin Oncol*. 2014;32(16):1727–33.
19. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(1):94–104.

20. Jones JM, Cohen SR, Zimmermann C, Rodin G. Quality of life and symptom burden in cancer patients admitted to an acute palliative care unit. *J Palliat Care*. 2010;26(2):94–102.
21. Goudas LC, Bloch R, Gialeli-Goudas M, Lau J, Carr DB. The epidemiology of cancer pain. *Cancer Invest*. 2005;23(2):182–90.
22. Arslan D, Koca T, Akar E, Tural D, Ozdogan M. Cancer pain prevalence and its management. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(20):8557–62.
23. Pastor EA, Lagrutta M. Prevalencia y manejo del dolor en un hospital de tercer nivel de complejidad. URL disponible en: <http://www.clinica-unr.com.ar/Posgrado/trabajos-graduados/Pastor.pdf>
24. Liarte D, Vicens J, Giunta D, Russi J, Bandi P, Bechelli M, et al. Prevalencia de dolor en la internación en un hospital de la comunidad de alta complejidad. Congreso Internacional de Clínica Médica, Buenos Aires, 2011.
25. Sabatini C, Pallotta G, Cedrola R, Cáceres G, García C, Varela Mirta, et al. Dolor en pacientes con cáncer. *Rev Hosp It Bs As*. 1987;7(4):152–64.
26. International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. *Int Assoc Study Pain*. 1994;209–14. URL disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
27. Merskey H, Bogduk (Eds) N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. IASP Press. 1994.
28. Merskey H, Bogduk N. IASP taxonomy [Internet]. Updated from Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" (pp 209-214) Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy. 2012. p. 209–14. URL disponible en: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>
29. Bonica JJ. History of pain concepts and pain therapy. *Mt Sinai J Med*. 1991;58(3):191–202.
30. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor (I). *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 94-108.
31. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C and Prieto J. Valoración del dolor (II). *Rev Soc Esp Dolor*. 2002; 9: 109-121.
32. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*. 1995;61(2):277–84.
33. Hirschfeld G, Zernikow B. Variability of “optimal” cut points for mild, moderate, and severe pain: Neglected problems when comparing groups. *Pain*. 2013;154(1):154–9.
34. Singh H, Banipal RPS, Singh B. Assessment of Adequacy of Pain Management and Analgesic Use in Patients With Advanced Cancer Using the Brief Pain Inventory and Pain Management Index Calculation. *J Glob Oncol*. 2016; 20(3):235-241.
35. Portz JD, Kutner JS, Blatchford PJ, Ritchie CS. High Symptom Burden and Low Functional Status in the Setting of Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(10):2285–9.
36. Oldenmenger WH, de Raaf PJ, de Klerk C, van der Rijt CC. Cut points on 0-10 numeric rating scales for symptoms included in the Edmonton Symptom Assessment Scale in cancer patients: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(6):1083-93.
37. Centeno C, Noguera A, López B, Carvajal A. Algunos instrumentos de evaluación utilizados en cuidados paliativos (I): El cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS). *Medicina Paliativa*. 2004;11:239–45.
38. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Bruera E. A comprehensive study of psychometric properties of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) in Spanish advanced cancer patients. *Eur J Cancer*. 2011;47(12):1863–72.
39. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore*. 1994;23(2):129-38.

40. Badia X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R, “et al”. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(2):52–9.
41. Chopitea A, Noguera A, Centeno C. Algunos instrumentos de evaluación utilizados en Cuidados Paliativos (II): El Cuestionario Breve de Dolor (Brief Pain Inventory, BPI). *Med Paliat*. 2006;13(1):37–42.
42. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, “et al”. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*. 1994;330(9):592-6.
43. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor causado por el cáncer (segunda edición) con una guía sobre la disponibilidad de opiáceos. Ginebra.1996. WHO. Cancer pain relief (second edition) with a guide to opioid availability. Geneva WHO. 1996.
44. Grupo de Trabajo Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Instituto Nacional Del Cáncer. Vigilancia epidemiológica del cáncer. 2016. [Acceso el 01 de enero de 2018]. URL disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/incidencia/>
45. Grupo de Trabajo del Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. “Atlas de mortalidad por provincia de Santa Fe años 2013-2015”. 2015. [Acceso el 08 de enero de 2018]. URL disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/212543>
46. National Cancer Institute. [en línea] 2018; fecha de acceso [fecha de acceso 14 de enero de 2018]. URL disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas/>
47. Unruh AM, Ritchie J, Merskey H. Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies?. *Clin J Pain*. 1999;15(1):31–40.
48. Gutierrez Lombana W, Gutierrez Vidal SE. Diferencias de sexo en el dolor. Una aproximación a la clínica. *Rev Colomb Anestesiol*. 2012; 40(3):207–212.
49. Sherman JJ, LeResche L. Does experimental pain response vary across the menstrual cycle? A methodological review. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2006;291(2):R245–56.
50. Pool GJ, Schwegler AF, Theodore BR, Fuchs PN. Role of gender norms and group identification on hypothetical and experimental pain tolerance. *Pain*. 2007;129(1-2):122-9.
51. Derbyshire S. Gender, pain and the brain. *Pain Clin Updat*. 2008;16(3):1-4.
52. Overcash J, Hanes D, Birkhimer D, Askew T. Patients With Cancer : An Opportunity for Improvement. 2011;17(4).
53. Shamieh O, Khamash O, Khraisat M, Jbouri O, Awni M, Al-Hawamdeh A, et al. impact palliative care Jordan. *Support Care Cancer*. 2017;25(1):177–83.
54. Gupta M, Sahi M, Bhargava A, Talwar V. A prospective evaluation of symptom prevalence and overall symptom burden among cohort of critically ill cancer patients. *Indian J Palliat Care*. 2016;22(2):118-124.
55. Cascinu S, Giordani P, Agostinelli R, Gasparini G, Barni S, Beretta GD, “et al”. Pain and its treatment in hospitalized patients with metastatic cancer. *Support care cancer*. 2003;11(9):587–92.
56. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Censo Argentino de población, hogares y viviendas, en Argentina. 2010. [en línea] fecha de acceso [fecha de acceso 25 de enero de 2018]. URL disponible en: [https://www.indec.gov.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=2&id\\_tema\\_2=41&id\\_tema\\_3=135](https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135).
57. Astudillo W, Mendinueta C. ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *Ars Médica* 2005;11:61–85.
58. Simone G De, Tripodoro V. Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas. Primera Edición. Buenos Aires: Ediciones Pallium Latinoamerica; 2004.

59. Caeiro T. Comunicación y comprensión en el diálogo clínico. *Med (B Aires)*. 2011;71(3):296–8.
60. Porta-Sales J, Nabal-Vicuna M, Vallano A, Espinosa J, Planas-Domingo J, Verger-Fransoy E, et al. Have We Improved Pain Control in Cancer Patients? A Multicenter Study of Ambulatory and Hospitalized Cancer Patients. *J Palliat Med*. 2015;18(11):923–32.
61. Green CR, Hart-Johnson T, Loeffler DR. Cancer-related chronic pain. *Cancer*. 2011;117(9):1994–2003.
62. Burton AW, Cleeland CS. Cancer pain: progress since the WHO guidelines. *Pain Pract*. 2001;1(3):236–42.
63. Pergolizzi J V, Gharibo C, Ho KY. Treatment Considerations for Cancer Pain : A Global Perspective. *Pain Pract*. 2015 Nov;15(8):778-92.
64. Loeser JD. Pain: Disease or dis-ease? The John Bonica Lecture: Presented at the Third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain Pract*. 2005;5(2):77-84.
65. Yao Y, Keenan G, Al-Masalha F, Lopez KD, Khokar A, Johnson A, et al. Current state of pain care for hospitalized patients at end of life. *Am J Hosp Palliat Med*. 2013;30(2):128–36.
66. Gupta A, Daigle S, Mojica J, Hurley RW. Patient perception of pain care in hospitals in the United States. *J Pain Res*. 2009; 2:157-64.
67. Picart SJ, Vigara IT, García CDJ, Llobet CC, Farrús B. Diagnóstico y tratamiento de las metástasis vertebrales con compresión medular. *Aten Primaria*. 2009;34(2):92–7.
68. García LM, Farré M, Montero A. Dolor lumbar de origen neoplásico. Diagnóstico y tratamiento conservador. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2001; 8(2): 118-123.
69. Arthur J, Tanco K, Haider A, Maligi C, Park M, Liu D, et al. Assessing the prognostic features of a pain classification system in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 2017;25(9):2863–9.
70. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol*. 2009;20(8):1420–33.
71. El-Shormilisy N, Strong J, Meredith PJ. Associations among gender, coping patterns and functioning for individuals with chronic pain. *Pain Res Manag* 2015;20(1):48-55.
72. Vallerand AH, Polomano RC. The relationship of gender to pain. *Pain Manag Nurs*. 2000;1(3):8–15.
73. Ahmed Y, Popovic M, Wan BA, Lam M, Lam H, Ganesh V, et al. Does gender affect self-perceived pain in cancer patients? A meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2017;6(6):809–809.
74. Miaskowski C. Gender differences in pain, fatigue, and depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;610(32):139–43.
75. Hoffmann DE, Tarzian AJ. The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain. *J Law, Med Ethics*. 2001;29(1):13–27.
76. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain*. 1996; 65(2-3):123–67.
77. Bragdon EE, Light KC, Costello NL, Sigurdsson A, Bunting S, Bhalang K, et al. Group differences in pain modulation: Pain-free women compared to pain-free men and to women with TMD. *Pain*. 2002;96(3):227–37.
78. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: A brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth*. 2013; 111(1): 52–58.
79. Giamberardino MA, Berkley KJ, Iezzi S, De Bigontina P, Vecchiet L. Pain threshold variations in somatic wall tissues as a function of menstrual cycle, segmental site and tissue depth in non-dysmenorrheic women, dysmenorrheic women and men. *Pain*. 1997;71(2):187–97.
80. Keogh E. Sex and gender differences in pain: a selective review of biological and psychosocial factors. *J Men’s Heal Gend*. 2006;3(3):236–43.



81. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84:191–215.
82. Levine FM, De Simone LL. The effects of experimenter gender on pain report in male and female subjects. *Pain*. 1991;44(1):69–72.
83. Berkley KJ. Sex differences in pain. *Behav Brain Sci*. 1997;20(3):371–380.
84. Cepeda MS, Carr DB. Women experience more pain and require more morphine than men to achieve a similar degree of analgesia. *Anesth Analg*. 2003; 97:1464–1468.
85. Fillingim RB, Gear RW. Sex differences in opioid analgesia: Clinical and experimental findings. *Eur J Pain*. 2004;8(5):413–25.
86. Weisse CS, Sorum PC, Sanders KN, Syat BL. Do gender and race affect decisions about pain management? *J Gen Intern Med*. 2001;16(4):211–7.
87. Chou PL, Fang SY, Sun JL, Rau KM, Lee BO. Gender Difference in Cancer Patients' Adherence to Analgesics and Related Outcomes of Pain Management. 2017; 00(0):1-8.
88. Wise EA, Price DD, Myers CD, Heft MW, Robinson ME. Gender role expectations of pain: Relationship to experimental pain perception. *Pain*. 2002;96(3):335–42.
89. Dong ST, Butow PN, Tong A, Agar M, Boyle F, Forster BC, et al. Patients' experiences and perspectives of multiple concurrent symptoms in advanced cancer: a semi-structured interview study. *Support Care Cancer*. 2016;24(3):1373–86.
90. Nipp RD, El-Jawahri A, Moran SM, D'Arpino SM, Johnson PC, Lage DE, et al. The relationship between physical and psychological symptoms and health care utilization in hospitalized patients with advanced cancer. *Cancer*. 2017;123(23):4720–7.
91. Green E, Yuen D, Chasen M, Amernic H, Shabestari O, Brundage M, et al. Oncology Nurses' Attitudes Toward the Edmonton Symptom Assessment System: Results From a Large Cancer Care Ontario Study. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(1):116–25.
92. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer*. 2000;8(3):175–9.
93. Spichiger E, Müller-Fröhlich C, Denhaerynck K, Stoll H, Hantikainen V, Dodd M. Symptom prevalence and changes of symptoms over ten days in hospitalized patients with advanced cancer: A descriptive study. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(2):95–102.
94. Jiménez A, Madero R, Alonso A, Martínez-Marín V, Vilches Y, Martínez B, et al. Symptom clusters in advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42(1):24–31.
95. Curtis EB, Krech R, Walsh TD. Common symptoms in patients with advanced cancer. *J Palliat Care*. 1991;7(2):25–9.
96. Parry NM. "La ansiedad incrementa al doble la mortalidad por cáncer en los hombres, pero no en las mujeres" [en línea] 2016 [fecha de acceso 06 de marzo de 2018]. URL disponible en: [https://espanol.medscape.com/verarticulo/5900768#vp\\_2](https://espanol.medscape.com/verarticulo/5900768#vp_2).
97. Edwards R, Augustson EM, Fillingim R. Sex-specific effects of pain-related anxiety on adjustment to chronic pain. *Clin J Pain*. 2000;16(1):46–53.
98. Delgado-Guay M, Ferrer J, Rieber AG, Rhondali W, Tayjasanant S, Ochoa J, et al. Financial Distress and Its Associations With Physical and Emotional Symptoms and Quality of Life Among Advanced Cancer Patients. *Oncologist*. 2015;20(9):1092–8.
99. Linden W, Vodermaier A, MacKenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord*. 2012;141(2-3):343-51.

100. Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer*. 1994;74(9):2570–8.
101. Perdrizet-Chevallier C, Reich M, Lesur A. Depression and anxiety of women suffering from gynaecological cancers. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2008;166(4):292–6.
102. Grotmol KS, Lie HC, Hjermland MJ, Aass N, Currow D, Kaasa S, et al. Depression - a major contributor to poor quality of life in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 54(6):889–897.
103. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Masedu F, Valenti M, Aielli F. The role of a palliative care intervention in moderating the relationship between depression and survival among individuals with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2017;25(4):1301–6.
104. Temel JS, Greer J, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson V a, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733–42.
105. Van Onselen C, Paul SM, Lee K, Dunn L, Aouizerat BE, West C, et al. Trajectories of sleep disturbance and daytime sleepiness in women before and after surgery for breast cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(2):244–60.
106. Palesh OG, Collie K, Batiuchok D, Tilston J, Koopman C, Perlis ML, et al. A longitudinal study of depression, pain, and stress as predictors of sleep disturbance among women with metastatic breast cancer. *Biol Psychol*. 2007;75(1):37–44.
107. Campesi I, Fois M, Franconi F. Sex and gender aspects in anesthetics and pain medication. *Handb Exp Pharmacol*. 2012; 214:265–78.
108. Conic I, Miljkovic S, Tosic-Golubovic S, Stanojevic Z, Milenkovic D, Djordjevic B, et al. Anxiety levels related to the type of therapy for cervical cancer. *Cent. Eur. J. Med.* 2012;7(4):490–496.
109. Mulia S, Conference I. *Advances in Health Science Research*, volume 6 2nd Sari Mulia International Conference on Health and Sciences (SMICHS 2017). 2017;6:1–11.
110. Kim YJ, Munsell MF, Park JC, Meyer LA, Sun CC, Brown AJ, et al. Retrospective review of symptoms and palliative care interventions in women with advanced cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2015;139(3):553–8.
111. Boceta Osuna J, Contreras Martínez J, Guitart Vela J, Virizuela Echaburu JA. Dolor irruptivo y calidad de vida: estudio comparativo de la percepción por parte de los médicos y los pacientes oncológicos. *Med Paliativa*. 2017;24(2):89–95.
112. Vicente-Herrero MT, López-González AA, Ramírez Iñiguez de la Torre M V, Capdevila García LM, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E, et al. Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016;23(2):64–74.
113. Moryl N, Dave V, Glare P, Bokhari A, Malhotra VT, Gulati A, et al. Patient-Reported Outcomes and Opioid Use by Outpatient Cancer Patients. *J Pain*. 2018;19(3):278–290.
114. Wells N. Pain intensity and pain interference in hospitalized patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2000;27(6):985–91.
115. Liang SY, Wu SF, Chao TC, Tseng LM, Wu WW, Wang TJ, “et al”. The Impact of Pain on the Quality of Life of Taiwanese Oncology Patients. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(2):128–36.
116. Rocha-Cardoza A. Prevalencia del dolor e interferencia con las actividades de la vida diaria en la población económicamente activa del departamento de Madriz, Nicaragua”. 2008. URL disponible en: [http://repositorio.cnu.edu.ni/Record/ RepoUNANL4866](http://repositorio.cnu.edu.ni/Record/RepoUNANL4866)
117. Bergström KG, Jensen IB, Linton SJ, Nygren ÅL. A psychometric evaluation of the Swedish version of the Multidimensional Pain Inventory (MPI-S): A gender differentiated evaluation. *Eur J Pain*. 1999;3(3):261–73.

118. Granger CL, Holland AE, Gordon IR, Denehy L. Minimal important difference of the 6-minute walk distance in lung cancer. *Chron Respir Dis*. 2015;12(2):146–54.
119. Chen Y-W, Camp PG, Coxson HO, Road JD, Guenette JA, Hunt MA, et al. A Comparison of Pain, Fatigue, Dyspnea and their Impact on Quality of Life in Pulmonary Rehabilitation Participants with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis*. 2017;0(0):1–8.
120. Myers EN, De Boer MF, McCormick LK, Pruyn JF a., Ryckman RM, van den Borne BW. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: A review of the literature. *Otolaryngol - Head Neck Surg*. 1999;120:427–36.
121. Archer J, Hutchison I, Korszun A. Mood and malignancy: Head and neck cancer and depression. *J Oral Pathol Med*. 2008 ;37(5):255-70.
122. Lydiatt WM, Moran J, Burke WJ. A review of depression in the head and neck cancer patient. *Clin Adv Hematol Oncol*. 2009;7(6):397–403.
123. Chen AM, Hsu S, Felix C, Garst J, Yoshizaki T. Effect of psychosocial distress on outcome for head and neck cancer patients undergoing radiation. *Laryngoscope*. 2018;128(3):641-645.
124. McCaffrey JC, Weitzner M, Kamboukas D, Haselhuhn G, LaMonde L, Booth-Jones M. Alcoholism, depression, and abnormal cognition in head and neck cancer: A pilot study. *Otolaryngol - Head Neck Surg*. 2007;136(1):92–7.
125. Barber B, Dergousoff J, Slater L, Harris J, O’Connell D, El-Hakim H, et al. Depression and Survival in Patients With Head and Neck Cancer: A Systematic Review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* . 2016;142(3):284–8.
126. Smith JD, Shuman AG, Riba MB. Psychosocial Issues in Patients with Head and Neck Cancer: An Updated Review with a Focus on Clinical Interventions. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(9):56.
127. Zimmaro LA, Sephton SE, Siwik CJ, Phillips KM, Rebholz WN, Kraemer HC, et al. Depressive symptoms predict head and neck cancer survival: Examining plausible behavioral and biological pathways. *Cancer*. 2018;124 (5)1053–60.
128. Laurence B, Mould-Millman N-K, Nero KEJ, Salter RO, Sagoo PK. Depression and hospital admission in older patients with head and neck cancer: analysis of a national healthcare database. *Gerodontology*. 2017;34(2):284-287.
129. Li JM. Pain management in the hospitalized patient. *Med Clin North Am*. 2008;92(2):371-85.
130. Fallon MT. Neuropathic pain in cancer. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):105–11.
131. Martín M, Zaz B, Grau J, Montorio I, Cesar D. Exploración de la utilidad de una versión abreviada del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico. *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2008;15(8):503–8.
132. Oh SY, Shin SW, Koh S-J, Bae SB, Chang H, Kim JH, et al. Multicenter, cross-sectional observational study of the impact of neuropathic pain on quality of life in cancer patients. *Support care cancer*. 2017;25(12):3759–67.
133. Rayment C, Hjermstad MJ, Aass N, Kaasa S, Caraceni A, Strasser F, et al. Neuropathic cancer pain: Prevalence, severity, analgesics and impact from the European Palliative Care Research Collaborative–Computerised Symptom Assessment study. *Palliat Med*. 2013;27(8):714–21.
134. Reis-Pina P, Lawlor PG, Barbosa A. Adequacy of cancer-related pain management and predictors of undertreatment at referral to a pain clinic. *J Pain Res*. 2017;10:2097–107.
135. Howell DA, Shellens R, Roman E, Garry AC, Patmore R, Howard MR. Haematological malignancy: Are patients appropriately referred for specialist palliative and hospice care? A systematic review and meta-analysis of published data. *Palliat Med*. 2011;25(6):630-41.

136. LeBlanc TW, Roeland EJ, El-Jawahri A. Early Palliative Care for Patients with Hematologic Malignancies: Is It Really so Difficult to Achieve? *Curr Hematol Malig Rep.* 2017;12(4):300-308.
137. Hochman MJ, Yu Y, Wolf SP, Samsa GP, Kamal AH, LeBlanc TW. Comparing the palliative care needs of patients with hematologic and solid malignancies. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(1):82-88.
138. Valcárcel AC, García MM, Cortés CC. Versión española del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): Un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. *Med Paliat.* 2013;20(4):143-149.
139. Cleeland CS. Brief Pain Inventory (BPI). CS MD Anderson Cancer Cent. URL disponible en: [https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI-SF\\_English-24h\\_Original\\_SAMPLE.pdf](https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI-SF_English-24h_Original_SAMPLE.pdf)
140. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain.* 1987;30(2):191-7.