



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. IGNACIO MORONES PRIETO
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Anestesiología

Impacto del control de síntomas post intervención multimodal de cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia intravenosa.

DRA. FATIMA RAUDALES GARCÍA

DIRECTOR CLÍNICO

Dra. Ma.Silvia Cruz Rodriguez
Médico Especialista en Anestesiología y Cuidados Paliativos

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. Úrsula Fabiola Medina Moreno
Profesor Investigador del Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina
UASLP

Marzo 2026



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR IGNACIO MORONES PRIETO
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Anestesiología

**Impacto del control de síntomas post intervención multimodal de cuidados
paliativos en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia
intravenosa.**

DRA. FATIMA RAUDALES GARCÍA

DIRECTOR CLÍNICO
Dra. Ma.Silvia Cruz Rodriguez
Médico Especialista en Anestesiología

DIRECTOR METODOLÓGICO
Dra. Úrsula Fabiola Medina Moreno
Profesor Investigador del Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina
UASLP

SINODALES

Dr. Israel Tapia García
Presidente

Dra. Paulina Avendaño Mottilla
Sinodal

Dra. Eldeli Molina Niño
Sinodal

Dr. Fernando Daniel Flores García
Sinodal suplente

Marzo 2026



Impacto del control de síntomas post intervención multimodal de cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia intravenosa © 2026 por Fátima Raudales García se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

RESUMEN

La terapia multimodal empleada en el servicio de cuidados paliativos se centra en el control de síntomas en las pacientes con cáncer de mama que reciben tratamiento de quimioterapia intravenosa.

La escalas de síntomas de Edmonton ha mostrado mejoría en la evolución de síntomas más comunes presentados en pacientes oncológicas como lo son náuseas, dolor, pérdida del apetito, cansancio, desánimo, intranquilidad o pérdida de la sensación de bienestar, por lo que esta herramienta nos ayuda a orientar la terapia multimodal para así posterior a segunda intervención poder valorar la mejoría de los mismos.

Nuestro objetivo fue evaluar si existe diferencia en el puntaje de síntomas de acuerdo con la categoría de intervención multimodal de cuidados paliativos, determinado con la Escala Edmonton, en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia intravenosa.

Se realizó un estudio piloto de tipo cohorte prospectivo que incluyó a 30 pacientes entre 18 y 80 años, con cáncer de mama que reciben quimioterapia intravenosa y que aceptaron participar en el estudio bajo consentimiento informado a las cuales se les evaluó la carga de síntomas mediante la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton ESAS-r aplicada en dos ocasiones, al inicio del estudio teniendo una medición basal y dos semanas después posterior a realizar la intervención multimodal que incluyó medidas farmacológicas y no farmacológicas así como acompañamiento psicológico, se agrupó a las pacientes en dos grupos, uno de síntomas de menor severidad (puntaje <7) y las de mayor severidad (puntaje ≥ 7). Las variables se evaluaron con la prueba de Shapiro-Wilk y la homogeneidad con la prueba de Levene. En el análisis inferencial se consideró valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

De acuerdo con lo propuesto por Brown N y ya que se desconoce la frecuencia de presentación de síntomas en pacientes oncológicas como lo son náuseas, dolor, pérdida del apetito, cansancio, desanimadas, intranquilidad o pérdida de la sensación de bienestar se plantea este estudio piloto. Se realizó análisis descriptivo, se determinó la normalidad de las variables, las medias o medianas, desviación estándar y rangos intercuartílicos. El análisis inferencial se realizó con X² o su contraparte no paramétrica.

En este estudio no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en edad, tiempo de diagnóstico, clasificación BI-RADS, esquema de quimioterapia y uso de analgésicos o antieméticos. En cuanto a la medición basal, fue mayor el puntaje total en el grupo con síntomas de mayor severidad sobre todo en los síntomas físicos que son cansancio, dolor, somnolencia y carga emocional. Después de la intervención multimodal de cuidados paliativos hubo una disminución en el puntaje total en cohorte global y gran parte de los pacientes ya no presentaron síntomas severos.

CONCLUSIONES: En este estudio se observó una disminución en el puntaje de la severidad de los síntomas más comunes en las pacientes con cáncer de mamá posterior a la intervención multimodal valorado con ESAS-r.

PALABRAS CLAVE:

Intervención multimodal, ESAS-r, cáncer de mama, cuidados paliativos.

ÍNDICE

	<u>Página</u>
Resumen	4
Índice	6
Lista de cuadros.....	7
Lista de tablas.....	8
Lista de figuras.....	9
Lista de abreviaturas símbolos.....	10
Lista de definiciones.....	11
Agradecimientos.....	13
Dedicatorias.....	14
1. Antecedentes.....	15
2. Justificación	22
3. Pregunta de investigación.....	24
4. Hipótesis.....	24
5. Objetivos.....	24
6. Sujetos y métodos	25
7. Análisis estadístico.....	32
8. Ética	33
9. Resultados	34
10. Discusión.....	54
11. Limitaciones y nuevas perspectivas de investigación.....	58
12. Conclusiones.....	60
13. Bibliografía.....	61
14. Anexos.....	66
1. Escala modificada para la población atendida en el servicio de cuidados paliativos.....	66
- Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton, versión revisada.....	67
2. Hoja de recolección de datos	68
3. Cronograma de actividades	69
4. Registro de protocolo de investigación.....	70
5. Carta de aprobación por comité de investigación.....	71
6. Carta de aprobación por comité de ética.....	72
7. Consentimiento informado hoja frontal.....	73

LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro 1. Manejo de síntomas.....	19
Cuadro 2. Variables	26
Cuadro 3. Pregunta pico.....	29
Cuadro 4. Descriptores.....	29

LISTA DE TABLAS

	Página
TABLA 1. Analisis de normalidad.....	35
TABLA 2. Características demográficas y clínicas	36
TABLA 3. Comparación del manejo farmacológico.....	39
TABLA 4. Comparación de la severidad de los síntomas valorados con la escala de ESAS-r de acuerdo con los grupos de estudio.....	41
TABLA 5. Comparación del manejo farmacológico y los puntajes de la escala ESAS-r antes y después de la intervención multimodal.....	44
TABLA 6. Comparación de la severidad de los síntomas valorados por ESAS-r..	47
TABLA 7. Comparación de puntaje de síntomas emocionales, antes y después de la intervención multimodal.....	50
TABLA 8. Comparación del puntaje final y de la severidad de los síntomas posterior a la intervención multimodal.....	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la población de estudio de acuerdo con la severidad de síntomas	34
Figura 2. Comparativo de edad por grupos.....	35
Figura 3. Comparativo de años de diagnóstico por grupos de estudio.....	36
Figura 4. Distribución de BI-RADS por grupos de estudio.....	37
Figura 5. Distribución de esquemas de tratamiento por grupos de estudio.....	37
Figura 6. Distribución de dosis de gabapentina según grupos de estudio.....	38
Figura 7. Distribución porcentual de los puntajes de náusea.....	40
Figura 8. Distribución porcentual de los puntajes de somnolencia.....	40
Figura 9. Distribución del puntaje total inicial de ESAS-r por grupos de estudio...	46
Figura 10. Distribución del puntaje total final de ESAS-r por grupos de estudio...	53

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

- **AINE**-Antiinflamatorio no esteroideo.
- **BI-RADS**-Breast Imaging Reporting and Data System.
- **ESAS-r**-Edmonton Symptom Assessment System-Revised.
- **ESAS**- Edmonton Symptom Assessment System.
- **CVRS**-La Calidad de vida Relacionada a la Salud.
- **INCMNSZ** - Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán.
- **AMETD**- Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor.
- **INCAN**- Instituto Nacional de Cancerología.
- **NOM**-Noma Oficial Mexicana.
- **OMS**- Organización Mundial de la Salud.
- **OPS**- Organización Panamericana de la Salud.
- **ER+**-Estrogen Receptor Positive.
- **PR+**-Progesterone Receptor Positive.
- **HER2**- Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 negative.
- **5HT3**-Receptor 5-Hidroxitriptamina tipo 3.
- **MG**-miligramos.
- **GR**-gramos.

LISTA DE DEFINICIONES

Cáncer de mama: Neoplasia maligna originada en el tejido epitelial de la glándula mamaria, caracterizada por un crecimiento celular no regulado con capacidad de invasión local y diseminación a distancia.

Cuidados paliativos: Intervención para mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, que enfrentan complicaciones asociadas con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor tomando en cuenta problemas físicos, psicológicos y espirituales.

Intervención multimodal: Es la combinación de un manejo farmacológico, psicológico, interacción social con la finalidad de disminuir el impacto de síntomas de una enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Síntoma: percepción de alteraciones físicas o emocionales resultado de una enfermedad descritas por el paciente.

Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton: Escala que mide carga de síntomas de los pacientes con cáncer avanzado en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados paliativos.

Dolor: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño

Náuseas: sensación subjetiva desagradable asociada con la necesidad o deseo de vomitar.

Vómito: Expulsión forzada del contenido gástrico a través de la boca

Cansancio: sensación subjetiva física y mental persistente, no proporcional a la actividad realizada y que interfiere con las actividades habituales del paciente.

Somnolencia: Aumento anormal del sueño, con disminución del estado de alerta durante el día

Apetito: deseo o necesidad fisiológica de ingerir alimentos.

Disnea: sensación subjetiva de dificultad para respirar o falta de aire.

Desánimo: Estado emocional caracterizado por tristeza, pérdida de interés y disminución de la motivación.

Tranquilidad: Sensación subjetiva de inquietud, nerviosismo o incapacidad para relajarse.

Sensación de bienestar: La percepción global del paciente sobre su estado general de salud y confort

BI-RADS: Sistema estandarizado de clasificación para la interpretación y el reporte de los estudios de imagen mamaria.

AGRADECIMIENTOS:

- A dios por darme el valor de cumplir cada objetivo que me propongo.
- A todas las pacientes que aceptaron participar en mi proyecto.
- Gracias a mis maestros de la residencia, por brindarme su apoyo y confianza incondicional con cada paciente y un lindo cariño fuera de quirófano, estaré eternamente agradecida.
- A la Dra. Silvia ya que gracias a ella despertó en mí el interés por cuidados paliativos, me ha brindado su apoyo y comprensión en este proyecto.
- A la Dra. Úrsula por su paciencia, dedicación y apoyo, sin ella esto no hubiera sido posible.
- Al servicio de cuidados paliativos, Imelda y Male que fueron pieza clave en mi proyecto.
- Erika, gracias por cuidarme, por apoyarme, por ser uno de mis mayores apoyos desde que llegué a esta ciudad, te convertiste en una luz en mi vida, te quiero con todo mi corazón.
- Dianita Agundis, Amarante y Omar, gracias por su apoyo en cada etapa de la residencia, su cariño incondicional está siempre en mi corazón.
- Kike Salas, gracias, sin ti esta aventura no hubiera sido lo mismo.
- José Juan, gracias por siempre estar, te amo.

DEDICATORIA

- A mis papás y mi hermano, por acompañarme, alentarme y ser un pilar en mis logros, mi más grande apoyo.
- Para la familia que yo elegí: Yadhi, Juancho, Rolis, Kathy, Dianita, Tano, Wero y Cony, sé que a la distancia siempre me apoyan y me acompañan, son mi rayito de sol en este camino.

1. ANTECEDENTES.

Introducción:

Los cuidados paliativos tienen su origen etimológico en la palabra latina pallium, la cual tiene el significado de manto o cubierta, refiriéndose al acto de aliviar síntomas o sufrimiento así como hospitium que significaba tener un sentimiento cálido el cuál es referido por un huésped y anfitrión en un lugar físico.(1)

En el siglo IV apareció en territorio bizantino el primero hospitium, después en Roma y a lo largo de Europa, así como en la edad media los hospicios fueron lugar de acogida para peregrinos, gravemente enfermos o moribundos. En 1967 se considera el inicio de los hospicios Modernos, se realiza la fundación de St Christopher Hospice en Londres siendo el primer lugar en donde se llevó a cabo investigación, docencia y apoyo a las familias, la fundadora Dame Cicely Saunders, es considerada pionera en esta área.(1)

Los cuidados paliativos llegaron en la década de 1970 al continente Americano por Elisabeth Kübler Ross, por otro lado en México comenzó con la Fundación de Clínicas de Dolor, dirigidas por el Dr. Vicente García Olivera, en 1972 se creó la primera clínica en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ). En 1979 se realizó la fundación de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD).(2),(3).

En los años 80, en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) se abrió una clínica multidisciplinaria del dolor. En los años 90, se establecen las Unidades de Cuidados Paliativos, iniciando en Guadalajara y la Ciudad de México. En 2009 la Ley General de Salud fue reformada en donde se reconocieron estos servicios como un derecho para los pacientes. Los cuidados paliativos son reconocidos en la Norma Oficial Mexicana (NOM-011-SSA3-2014) y esto establece su obligatoriedad en la atención médica. (3).

En 2011 en México se establece oficialmente un curso dirigido a médicos generales y especialistas sobre cuidados paliativos con aval por la Universidad Autónoma de México. (3)

Cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como la intervención para mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias que enfrentan complicaciones asociadas con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor tomando en cuenta problemas físicos, psicológicos y espirituales.(4)

Su objetivo principal es encargarse de forma activa y holística de los pacientes de todas las edades que tengan enfermedades crónicas las cuales les generan sufrimiento debido a su severidad proporcionando alivio de síntomas de difícil control como lo son el dolor, disnea, fatiga, náuseas, delirio y vómito, distrés psicológico y espiritual, teniendo en cuenta las necesidades sociales y haciendo énfasis en aquellos que se encuentran cerca del final de la vida mejorando su calidad de vida, la de sus familias y cuidadores, a través de un equipo multidisciplinario conformado por médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y asesores espirituales. No intenta acelerar ni retrasar la muerte.(4)

El paciente en estado terminal es el enfermo que se encuentra viviendo una situación irreversible incapaz de recuperar su salud, se le dé o no tratamiento, en donde los recursos disponibles ya se han aplicado sin eficacia terapéutica y en un periodo de tres a seis meses, fallecerá.(5)

La enfermedad terminal, es la que se encuentra es un estadio avanzado por lo que, no responde a tratamientos y se espera la muerte en un periodo menor a 6 meses.(5)

La Calidad de vida que se relaciona a la salud (CVRS): Se refiere al estado de salud y la calidad de vida durante la enfermedad, la cual involucra los síntomas, autocuidado personal, aspectos emocionales al tratamiento y las relaciones sociales.(5)

El paciente paliativo es el que cursa con una enfermedad grave o terminal y recibe cuidados paliativos.(6)

Cuidar y brindar satisfacción para que el paciente tenga una buena calidad de vida en la fase final de la existencia es uno de los objetivos principales de las unidades de cuidados paliativos.(7),(8).

Cáncer de mama

La Organización Mundial de la Salud define al cáncer de mama como el crecimiento no controlado de células mamarias, efecto de mutaciones en los genes que regulan el crecimiento de las mismas ayudando a mantener su homeostasis. (9)

Epidemiología

Según la epidemiología las mujeres más afectadas por el cáncer de mama viven en zonas urbanas, con una edad entre los 20 y 49 años.(9)

En América Latina, el cáncer de mama conforma alrededor del 10% de la morbilidad y mortalidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que para 2030, habrá un aumento en el diagnóstico de la enfermedad hasta en un 34%.(9)

En México predomina el carcinoma de mama ductal invasivo con un subtipo molecular luminal A (ER+, PR+ HER2-), teniendo mayor incidencia en los Estados del norte del país.(10)

En las mujeres mexicanas, el cáncer de mama es el cáncer más común, en el 25% de los casos, entre los 50-59 años de edad. En el 2022 en San Luis Potosí se

presentó una tasa de defunción en mujeres de 20 años más de 16.87 por cada 100 mil habitantes. (10),(11).

Diagnóstico

Recibir el diagnóstico de cáncer de mama representa para las pacientes un estado de estrés que puede llevarla a desarrollar trastornos psicológicos que a su vez se ve reflejado en la disminución en la calidad de vida y esta repercute directamente en la manera que el cuerpo responde al tratamiento. (12)

Tratamiento

Hay una gran variedad de tratamientos para el cáncer de mama entre los que se encuentran los locales que son la cirugía o radioterapia dirigida y sistémicos que se clasifican en quimioterapia, terapia hormonal e inmunoterapia. La quimioterapia se puede administrar vía oral, intravenosa o intratecal.(13)

Medicamentos adyuvantes y neoadyuvantes de la quimioterapia son las antraciclinas: doxorubicina y epirubicina, Taxanos: paclitaxel y docetaxel, 5-fluorouracilo o capecitabina, ciclofosfamida y carboplatino.(13)

El dolor tiene una incidencia de 60-90%, la náusea y vómito un 80% en pacientes con ca de mama que reciben quimioterapia intravenosa. (14),(15).

Para manejo de náuseas y vómito el fármaco antagonista serotoninérgico 5HT3 de elección es el ondansetrón con un gran aporte en el control de la emesis durante la quimioterapia.(16)

El tratamiento multimodal utilizado en México para pacientes oncológicos en cuidados paliativos se basa en lo siguiente: (17) (Cuadro1).

Cuadro 1. Manejo de síntomas

SÍNTOMA	PROTOCOLO	MANEJO	VALIDACIÓN
Dolor	Guía de manejo integral de cuidados paliativos.	AINES Opioides Neuromoduladores Masaje, aromaterapia, acupuntura, meditación, yoga, psicoterapia.	2018
Cansancio	Guía de manejo integral de cuidados paliativos.	Tratamiento específico al determinar si es por infección, anemia o deshidratación. Terapia ocupacional Psicoterapia	2018
Náuseas	Guía de manejo integral de cuidados paliativos.	Ondansetrón Metoclopramida Ambiente libre de olores desagradables, No acostarse después de comer Alimentos suaves y fríos, no condimentados	2018
Pérdida del apetito	Guía de manejo integral de cuidados paliativos.	Ofrecer alimento varias veces al día. Aprovechar momentos de mejor ánimo y menor fatiga.	2018
Dificultad para respirar	Guía de manejo integral de cuidados paliativos.	Valorar la posible causa de la disnea. Posición cómoda que facilite buena ventilación. Mantener espacios abiertos y ventilados.	2018
Desanimado	Guía de manejo integral de cuidados paliativos.	Fomentar la interacción social Soporte psicológico Actitud de apoyo y empatía	2018
Ansiedad	Guía de manejo integral de cuidados paliativos.	Midazolam Fomentar la presencia de la familia y el contacto físico. Terapias de relajación	2018

Higiene del sueño	Guía de manejo de integral cuidados paliativos.	Fomentar ciclo vigilia-sueño	2018
Sensación de bienestar	Guía de manejo de integral cuidados paliativos.	Fortalecer redes de apoyo	2018

Es un problema que tiene incidencias psicológicas, emocionales y sociales graves que afectan la calidad de vida y que requieren un abordaje profesional y holístico. (18)

Las pacientes con cáncer es muy común que lleguen a consulta de cuidados paliativos en fase terminal(19) y pertenecen a un grupo altamente vulnerable(20) El abordaje por parte de cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico es una de las recomendaciones más importantes que hace la Sociedad Americana de Oncología Clínica. (21)

La OMS estima que el 14% de los pacientes que requieren cuidados paliativos se les brinda el servicio y pacientes que se encuentran en estado terminal que es alrededor de un 80% necesitan la atención. (22)

Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton

Por sus siglas en inglés Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) es una escala creada por Bruera y colaboradores en 1991 con el objetivo de medir la carga de síntomas de los pacientes con cáncer avanzado en pacientes hospitalizados en el servicio de cuidados paliativos. Validada en 2011 para evaluar los síntomas de los pacientes con cáncer en español y a partir de la fecha este instrumento está disponible para uso clínico e investigación. (24) Se realizó una revisión bibliográfica inicial de estudios de validación (1991-2006), 10 de 13 estudios identificados se publicaron ocho años o más después de la publicación inicial del ESAS en 1991.(25)

En la Clínica de Navarra un equipo de cuidados paliativos realizó un estudio retrospectivo de los pacientes hospitalizados y ambulatorios que se les brindó atención por 3 años. Incluyó 392 pacientes que realizaron el cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton en la primera consulta, esta herramienta se usó diario como parte de la dinámica de trabajo orientando el manejo a los síntomas que presentan los pacientes. (23),(24),(25).

El Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) se ha traducido a más de 20 idiomas, nos sirve para evaluar y monitorear síntomas físicos y psicológicos en pacientes oncológicos independientemente del tipo. Es considerada de fácil llenado, comprensión sencilla y al contar con 9 ítems es de una rápida aplicación, puede ser completada por el familiar, el paciente o el personal de cuidados paliativos (26) El puntaje de la escala va de 0 a 10 de acuerdo a la intensidad de los síntomas en donde 0 es ninguna, 1-3 leve, 4-6 moderada y 7-10 grave. (27)

2. JUSTIFICACIÓN.

El cáncer de mama es una de las enfermedades con mayor incidencia en México, desde el momento del diagnóstico el impacto repercute en el estado físico y emocional, los diversos tipos de tratamiento en especial la quimioterapia intravenosa con antraciclinas causa síntomas como dolor, náusea, vómito, agotamiento, somnolencia, pérdida del apetito, dificultad para respirar, alteraciones en el sueño y sensación de malestar general, los cuales se reflejan en la calidad de vida de las pacientes.

Es por esto la importancia del servicio de cuidados paliativos ya que es uno de los pilares para el manejo de los síntomas secundarios al tratamiento por quimioterapia intravenosa.

En cuidados paliativos se tiene contacto directo con el paciente desde el momento del diagnóstico con la finalidad de disminuir la gravedad de los síntomas empleando una terapia multimodal que se centra en los síntomas mencionados en la escala de Edmonton, siendo estos los de mayor impacto en el estado de salud de los pacientes.

El optimismo de los pacientes al enfrentar la enfermedad es pieza clave para una mejor respuesta al tratamiento de la enfermedad.

La escala de síntomas de Edmonton nos va a ayudar a dirigir el tratamiento directamente a los síntomas que más aquejan a las pacientes con cáncer de mama brindando una terapia multimodal y así valorar en una segunda intervención su mejoría.

La Escala de Síntomas de Edmonton es numérica, de fácil llenado ya sea por el mismo paciente o por el personal de cuidados paliativos, no requiere entrenamiento para su llenado ya que es fácil de entender para el paciente por ser una escala numérica y en caso de no poder el propio paciente, el personal de cuidados paliativos lo puede realizar fácilmente.

Es importante dar visibilidad oportuna e integral de los cuidados paliativos con este estudio ya que la mayoría de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama no son referidas de forma temprana al servicio por lo que con esta escala podemos valorar el impacto de la intervención multidisciplinaria a las pacientes.

La aplicación de este cuestionario puede marcar la pauta para valorar el trabajo en conjunto multidisciplinario del servicio de cuidados paliativos así como fomentar a los servicios tratantes de base como lo es oncología médica y quirúrgica a realizar un envío oportuno y temprano de las pacientes que sería desde el momento del diagnóstico para así actuar y disminuir la incidencia de los síntomas previamente mencionados.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Existe diferencia en el puntaje de síntomas de acuerdo con la categoría de intervención multimodal de cuidados paliativos, determinado con la Escala Edmonton, en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia intravenosa?

4. HIPÓTESIS.

Existe diferencia en el puntaje de síntomas de acuerdo con la categoría de intervención multimodal de cuidados paliativos, determinado con la Escala Edmonton, en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia intravenosa.

5. OBJETIVOS.

- Objetivo principal:

Evaluar si existe diferencia en el puntaje de síntomas de acuerdo con la categoría de intervención multimodal de cuidados paliativos, determinado con la Escala Edmonton, en pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia intravenosa.

- Objetivos específicos:

- Determinar las variables sociodemográficas de las pacientes que acuden a quimioterapia intravenosa por cáncer de mama en el HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto.
- Determinar el puntaje de síntomas antes de la intervención multimodal de cuidados paliativos con la escala Edmonton.
- Determinar el puntaje de síntomas posterior a la intervención multimodal de cuidados paliativos con la escala Edmonton.
- Comparar la frecuencia de presentación de síntomas en ambos grupos de pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia intravenosa.

- Objetivos secundario:
 - Determinar la frecuencia de presentación de síntomas antes de la intervención multimodal de cuidados paliativos con la escala Edmonton.

6. SUJETOS Y MÉTODOS

- Diseño del estudio: Cohorte prospectiva que incluyó pacientes que acudieron de forma ambulatoria al servicio de cuidados paliativos, mayores de edad y que aceptaron participar mediante CI.
- Lugar de realización: Hospital Regional de Alta especialidad “Dr Ignacio Morones Prieto”
- Universo de estudio: Pacientes con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia intravenosa con antraciclinas dentro del servicio de cuidados paliativos.
- Criterios de selección:
 - Inclusión
 - Sexo femenino
 - Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama
 - Mayores de 18 años
 - En tratamiento con quimioterapia intravenosa con antraciclinas.
 - Cualquier estadio de BI-RADS
 - Exclusión
 - Pacientes que no acepten participar en el estudio
 - Pacientes dependientes de cuidador
 - Pacientes con capacidades diferentes
 - Pacientes inconscientes
 - Pacientes hospitalizados
- Variables en el estudio:
 - Variable Dependiente

- Variable Independiente
- Variables de Control (confusoras)

Cuadro 2. Variables

Dependiente				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Puntaje de síntomas	Disminución de síntomas posteriores a la intervención multimodal. Evaluados a las 2 semanas.	0 - 30%	%	Discreta
Independiente				
Terapia Multimodal Paliativos	La paciente comienza con el esquema propuesto por su tratante de terapia multimodal y se registrará la o las categorías de manejo, de acuerdo con los síntomas detectados.	1. Farmacológico (AINES, Opioides, Adyuvantes, AB, etc) 2. Terapia ocupacional/ Psicoterapia 3. Nutricional 4. Rehabilitación 5. Redes de apoyo	NA	Categórica
Variables de Control (confusoras)				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Edad	Edad cronológica reportada por el paciente y corroborada por la fecha de nacimiento.	18 - 80 años	Años	Continua

Tiempo de diagnóstico	Son los meses o años desde que se realizó el diagnóstico de cáncer de mama.	0 - 5 años	Años	Continua
BIRADS	Es el sistema de clasificación estandarizado para describir mamografías, ecografías y resonancias magnéticas de mama.	0=Insuficiente 1:=Negativo 2=Hallazgos benignos 3=Probablemente benigno 4=Sugestivo de malignidad 5=Altamente sospechoso de malignidad 6=Carcinoma confirmado	Grado	Categórica
Tramadol	Uso de tramadol en mg durante la TMM en el periodo de estudio	0 - 300 mg.	mg	Continua
Paracetamol	Uso de paracetamol como analgésico como parte de la TMM durante el periodo de estudio.	0-4gr.	gr	Continua
Ondansetrón	Uso de ondansetrón como antiemético como parte de la TMM en el periodo de estudio	0-32mg	mg	Continua

Metoclopramida	Uso de metoclopramida como antiemético y procinético como parte de la TMM en el periodo de estudio	0-30mg	mg	Continua
Gabapentina	Uso de gabapentina como neuromodulador como parte de la TMM en el periodo de estudio	0-3600mg	mg	Continua
Esquema Quimioterapia	Tipo de esquema quimioterapia recibido	1= Antraciclinas 2= Taxanos 3=5-Fluorouracilo 4=Capecitabina 5=Fosfamida 6=Carboplatino 7= Estrógenos	NA	Nominal
Medicamentos rescate	Uso de medicamentos adicionales para el tratamiento de los síntomas además de los previamente descritos.	1=Sí 2=No	NA	Nominal

Tipo de muestreo:

No probabilístico por conveniencia hasta alcanzar el tamaño de la muestra necesario para la prueba piloto.

Cálculo del tamaño de la muestra:

De acuerdo con lo propuesto por Brown N y ya que se desconoce la frecuencia de presentación de síntomas en pacientes oncológicas como lo son náuseas,dolor,

pérdida del apetito, cansancio, desanimadas, intranquilidad o pérdida de la sensación de bienestar se plantea un estudio piloto. En este, se incluirán 30 pacientes a las cuales se les aplicará la Escala Edmonton y posterior a la intervención multimodal, se volverá a aplicar la escala para determinar el efecto de la intervención.

Método de aleatorización: NA

- Pregunta PICO

Cuadro 3. Pregunta PICO

Paciente	Intervención	Comparación	Resultado
Pacientes con cáncer de mama que acuden a quimioterapia	Intervención multimodal con cuidados paliativos	-	Mejoría en la presentación de síntomas observados por la Qm intravenosa

Cuadro 4. Descriptores

Palabra clave	Decs	Sinónimos	Mesh	Synonyms	Definition
1. Cáncer de mama	Neoplasias de la Mama	• Carcinoma de Mama • Neoplasia Mamaria • Tumor de Mama	Breast Neoplasms	• Breast Tumors • Breast Cancer • Mammary Cancer	Tumores o cáncer de la MAMA humana
2. Cuidados Paliativos	Cuidados Paliativos Integrativos	• -	Palliative Care	• Supportive Care • Palliative Treatment • Palliative Therapy	Híbrido de medicina integrativa y cuidados paliativos para reducir el sufrimiento y mejorar el bienestar..

3. Quimioterapia	Quimioterapia	• Terapia Farmacológica • Terapia con Fármacos • Tratamiento con Drogas	Drug Therapy	• Chemotherapy • Pharmacotherapy • Drug Therapies	El uso de <u>PREPARACIONES FARMACÉUTICAS</u> para tratar una <u>ENFERMEDAD</u> o sus síntomas. Un ejemplo es el uso de <u>AGENTES NEOPLÁSICOS</u> para tratar el cáncer.
4.					

Fuente de información	Estrategia de búsqueda	Límites	Filtros (título, resumen, criterios de selección)	Total
PubMed	((((((breast neoplasms[MeSH Terms]) OR (neoplasms, breast[MeSH Terms])) OR (breast cancer[MeSH Terms])) OR (((breast neoplasms[Title/Abstract]) OR (neoplasms, breast[Title/Abstract])) OR (breast cancer[Title/Abstract]))) AND (((palliative care[MeSH Terms]) OR (supportive cares[MeSH Terms])) OR (Palliative Treatment[MeSH Terms])) OR (((Palliative Treatment[Title/Abstract]) OR (supportive cares[Title/Abstract])) OR (Palliative Treatment[Title/Abstract]))) AND (((Drug Therapy[MeSH Terms]) OR (Chemotherapy[MeSH Terms])) OR (pharmacotherapy[MeSH Terms])) OR (((Drug Therapy[Title/Abstract]) OR (Chemotherapy[Title/Abstract])) OR (pharmacotherapy[Title/Abstract]))) AND (Edmonton Symptom Assessment System[Title/Abstract])	-	-	2
BVS	(breast neoplasms) AND (palliative care) AND (chemotherapy) AND (edmonton	-	-	4

	symptom assessment system) AND instance:"regional"			
Otras				

Plan de trabajo

Se inició por fundamentar la investigación con la bibliografía necesaria así como orientar la misma con las aportaciones de la Dra. Ma. Silvia Cruz Rodríguez y la Dra. Úrsula Fabiola Medina Moreno.

Una vez al tener la información necesaria y seguir el formato indicado se sometió la investigación a evaluación.

Al ser aceptada, se le explicó al equipo que forma parte de cuidados paliativos dirigido por la Dra Ma. Silvia Cruz Rodríguez que consta de trabajadora social, enfermera, residente de anestesiología y adscrita de cuidados paliativos los criterios de inclusión y exclusión, y se asignó un número de folio al cuestionario.

A través del servicio de cuidados paliativos en consulta externa se captaron a las pacientes con de cáncer de mama que recibían quimioterapia intravenosa con antraciclinas, se les tomaron sus datos y mientras se encontraban en la sala de espera se les explicó en qué consiste el cuestionario de Edmonton, si están de acuerdo en realizarlo se firmó el consentimiento informado y se les proporcionó el mismo.

Al momento de pasar a su consulta se entregó dicha encuesta al médico tratante el cual valorará los síntomas y dió la terapia multimodal necesaria para los mismos.

La encuesta se guardó en el expediente de la paciente. Se citó en 2 semanas para realizar la siguiente intervención.

En la siguiente cita se le volvió a realizar el cuestionario de Edmonton y pasó a consulta con médico tratante del servicio.

En conjunto con la Dra. Úrsula Fabiola Medina Moreno se analizaron los resultados y se describió el impacto de las actividades multidisciplinarias realizadas por cuidados paliativos para la mejoría de síntomas.

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó análisis descriptivo de la población de estudio. Se reportaron medias y medianas con sus respectivos desviación estándar y rangos intercuartílicos. Las variables categóricas se reportan como frecuencias y porcentajes. Se evaluó la normalidad de las variables continuas con la prueba de Shapiro-Wilk y análisis de homogeneidad de las varianzas de Levene.

Para el análisis inferencial de comparar el cambio en el porcentaje de presentación de los síntomas antes y después de la intervención, se realizó mediante la prueba de T de student o su contraparte no paramétrica. Las variables categóricas serán analizadas por prueba de X².

8. ÉTICA:

Aspectos éticos.

Investigación sin riesgo.

Investigación con riesgo mínimo(X).

Investigación con riesgo mayor al mínimo

Este estudio se realizará en apego estricto al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, La Declaración de Helsinki correspondiente a la Asamblea Médica Mundial según su última actualización. Con base en el artículo 17 del RLGSMI, el presente protocolo se clasifica sin riesgo ya únicamente se realizará el cuestionario de Edmonton a los pacientes de cuidados paliativos en dos ocasiones, con la finalidad de observar el impacto de la intervención multimodal del servicio (28).

La supervisión del manejo de muestras, datos personales y datos médicos está bajo la encomienda de la Secretaría de Salud, La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos sanitarios (COFEPRIS), la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) o incluso el Comité de Ética en Investigación (CEI) adjuntos a hospital en el que se realizará la investigación. Las instituciones antes mencionadas podrán tener acceso con un código de identificación a la revisión de las actividades que se estén realizando con la finalidad de corroborar que sean las previamente planteadas y se esté respetando el código ético (29).

Esta investigación se considera con riesgo mínimo ya que únicamente se va a realizar un cuestionario dirigido a la búsqueda de la mejoría del impacto con la intervención multimodal en los síntomas más comunes en pacientes oncológicos con cáncer de mama que reciben quimioterapia intravenosa. derechos pacientes (30).

Los médicos investigadores, enfermeras y trabajadoras sociales que realizan este estudio de investigación forman parte del servicio de cuidados paliativos del hospital (31).

9. RESULTADOS

1. Descripción de la población: La población de estudio (N=30) se estratificó con base en la severidad sintomática medida mediante la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton, versión revisada (ESAS-r). Se definió Grupo 1 (mayor severidad) para aquellas pacientes con puntaje ≥ 7 en el criterio establecido, y Grupo 0 (menor severidad) para quienes presentaron puntaje < 7 . Con este punto de corte, 12 pacientes se clasificaron en el Grupo 0 y 18 pacientes en el Grupo 1, permitiendo la comparación de características y desenlaces entre ambos grupos (Fig.1).

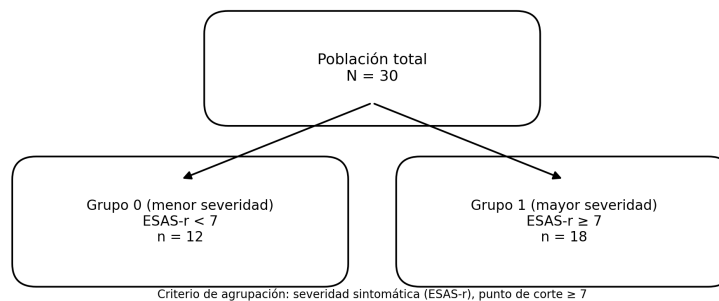


Figura 1. Distribución de la población de estudio de acuerdo con la severidad de síntomas.

2. El supuesto de normalidad se evaluó mediante la prueba de Shapiro–Wilk. Únicamente EDAD mostró una distribución compatible con normalidad ($p=0.066$), por lo que se consideró susceptible de análisis paramétrico. En contraste, el resto de las variables cuantitativas (p. ej., tiempo, tramadol, ondansetrón, metoclopramida, gabapentina, puntajes totales y conteos) presentaron distribución no normal ($p<0.05$, en su mayoría $p<0.001$), justificando el uso de pruebas no paramétricas. La homogeneidad de varianzas se exploró con Levene, observándose valores generalmente no significativos ($p>0.05$), salvo en conteos ($p=0.01-0.04$), lo que sugiere heterocedasticidad en esa variable (Tabla 1).

Variable	P_Shapiro_Resid	P_Levene	Prueba Estadística
ED	0.06614	0.85	T_Test
DX	0.00186	0.6	Wilcoxon Test
TMDL	<0.001*	0.89	Wilcoxon Test
ONDAN	<0.001*	0.12	Wilcoxon Test
MTCLP	<0.001*	0.87	Wilcoxon Test
GABA	<0.001*	0.05	Wilcoxon Test
TOTI	0.00487	0.44	Wilcoxon Test
PMS	<0.001*	0.01	Wilcoxon Test
TOTF	0.00413	0.17	Wilcoxon Test
DIF	0.01313	0.49	Wilcoxon Test
PMSB	<0.001*	0.04	Wilcoxon Test

Tabla 1. Análisis de normalidad

3. Sociodemográficos: En la muestra total (N=30), la edad promedio (VER FIGURA X, TABLA X) fue de 56.5 ± 10.8 años. Al comparar por grupos (0: n=12; 1: n=18), se observaron medias similares (56.1 ± 11.1 vs 56.8 ± 10.9 años), sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0.856$) (Fig.2).

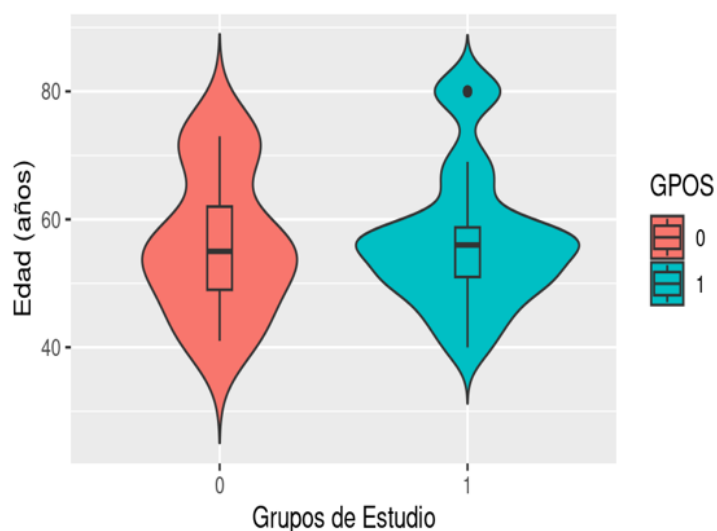


Figura 2. Comparativo de edad por grupos

Respecto al tiempo de diagnóstico de cáncer de mama, la mediana global fue de 2.5 años (rango 1.0–5.0); por grupos, sin evidencia de diferencia significativa ($p=0.793$), (Fig.3), (Tabla 2).

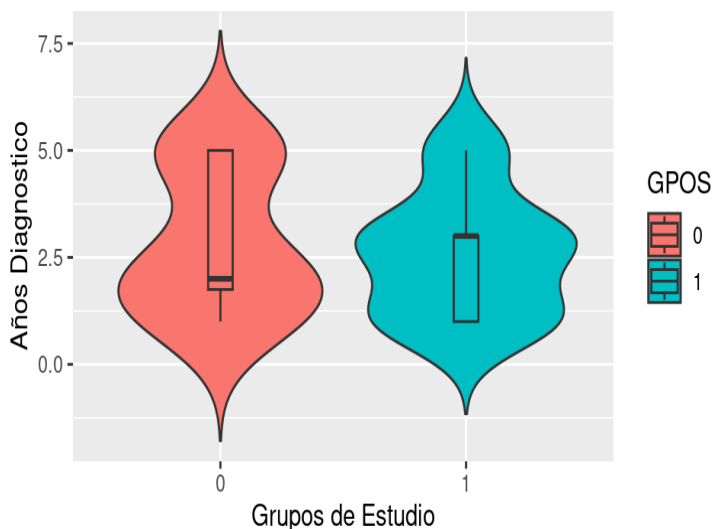


Figura 3. Comparativo de años de diagnóstico por grupos de estudio.

Characteristic	Overall (N=30)	0 (N=12)	1 (N=18)	p-value ²
EDAD				0.85597
Mean (SD)	56.5 (10.8)	56.1 (11.1)	56.8 (10.9)	
DE TIEMPO DIAGNÓSTICO (años)				0.79273
Median [Min, Max]	2.50 [1.00, 5.00]	2.00 [1.00, 5.00]	3.00 [1.00, 5.00]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test				

Tabla 2. Características demográficas y clínicas

- En cuanto a las características patológicas, la clasificación BI-RADS fue homogénea en la cohorte: 100% de las pacientes se encontraban en BI-RADS 6 (confirmación histopatológica de malignidad), sin diferencias entre los grupos de severidad sintomática ($p>0.99$) (Fig.4).

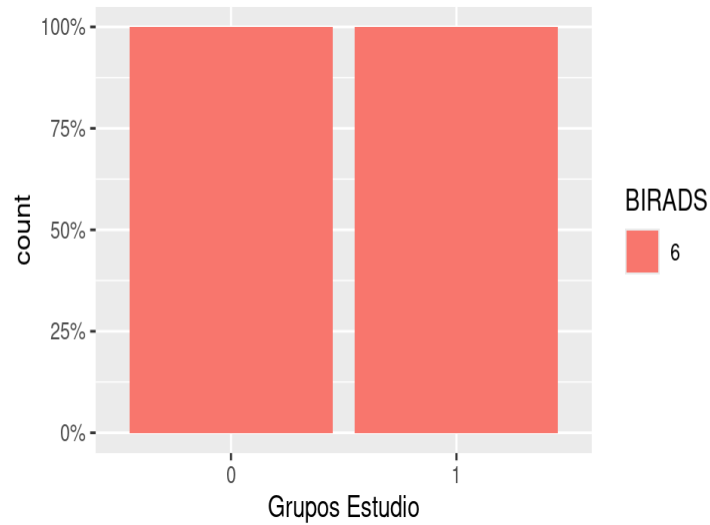


Figura 4. Distribución de BI-RADS por grupos de estudio

Respecto al esquema de quimioterapia, se observó una distribución comparable entre grupos: el esquema 1 se administró en 50% del total (Grupo 0: 58% vs Grupo 1: 44%) y el esquema mixto (1,2) en el 50% restante (Grupo 0: 42% vs Grupo 1: 56%), sin evidencia de diferencias estadísticamente significativas ($p=0.46$) (Fig.5).

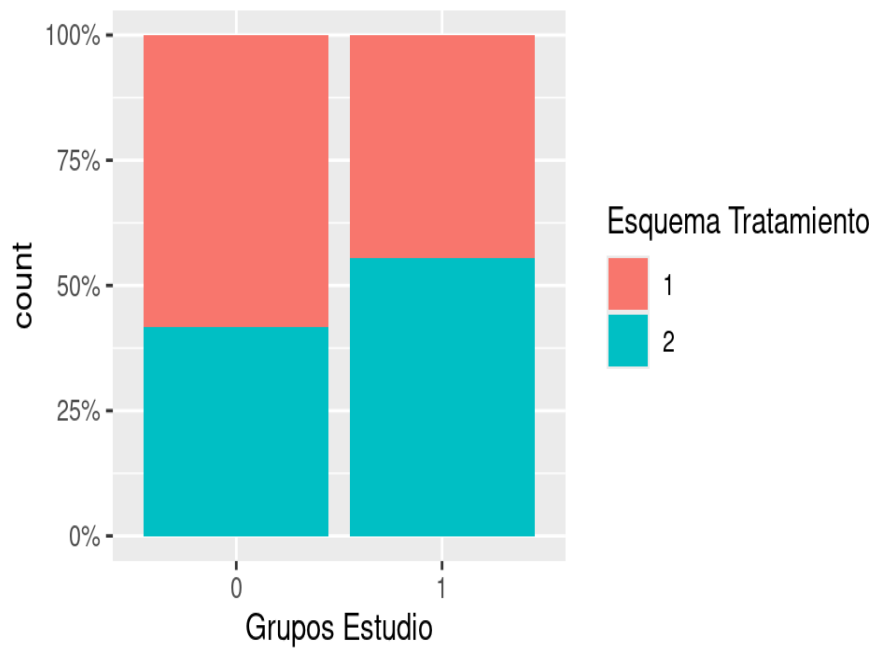


Figura 5. Distribución de esquemas de tratamiento por grupos de estudio

5. En relación con el esquema farmacológico concomitante, el uso de paracetamol se registró en el 50% de la cohorte (15/30), con una distribución comparable entre los grupos ($p=0.46$).
- Respecto a las dosis administradas, tramadol presentó una mediana de 50 mg (rango 0–50) de forma consistente en el total y por grupos ($p=0.902$).
 - De manera similar, ondansetrón mostró una mediana de 0 mg (0–8) y metoclopramida una mediana de 0 mg (0–10), sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p=0.126$ y $p=0.890$, respectivamente).
 - Para gabapentina, la mediana global fue 0 mg (0–300); aunque el grupo 1 presentó un mayor rango de exposición (0–300 vs 0–0), la comparación se mantuvo cercana al umbral de significación ($p=0.053$). (Fig.6),(Tabla 3).

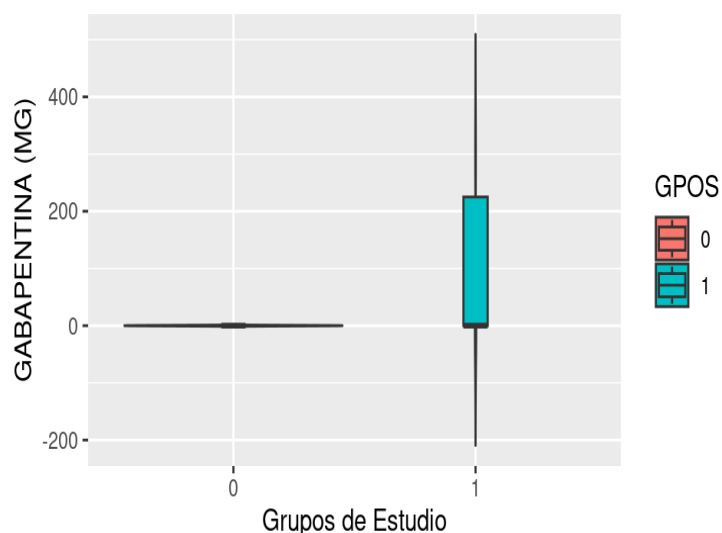


Figura 6. Distribución de dosis de gabapentina según grupos de estudio.

	Overall	0	1	
Characteristic	(N=30)	(N=12)	(N=18)	p-value ²
PARACETAMOL				0.46
0	15 (50%)	7 (58%)	8 (44%)	
1	15 (50%)	5 (42%)	10 (56%)	
TRAMADOL (MG)				0.90192
Median [Min, Max]	50.0 [0, 50.0]	50.0 [0, 50.0]	50.0 [0, 50.0]	
ONDANSETRÓN(MG)				0.12635
Median [Min, Max]	0 [0, 8.00]	0 [0, 8.00]	0 [0, 8.00]	
METOCLOPRAMIDA (MG)				0.89016
Median [Min, Max]	0 [0, 10.0]	0 [0, 10.0]	0 [0, 10.0]	
GABAPENTINA (MG)				0.05316
Median [Min, Max]	0 [0, 300]	0 [0, 0]	0 [0, 300]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test				

Tabla 3. Comparación del manejo farmacológico.

6. Previo a la intervención multimodal de cuidados paliativos, el puntaje físico del ESAS-r se construyó como la suma de seis dominios (dolor, cansancio, náuseas, somnolencia, pérdida de apetito y dificultad respiratoria), con un rango teórico de 0 a 60 (mayor puntaje = mayor carga sintomática). En el total de la muestra, el puntaje físico promedio fue de 21.9/60, con mayor contribución de cansancio (4.6/10), dolor (4.3/10) y somnolencia (4.0/10), mientras que disnea mostró menor intensidad promedio (1.9/10). Al estratificar por severidad, el puntaje físico promedio fue de 13.1/60 en el Grupo 0 y de 27.7/60 en el Grupo 1, evidenciando una mayor carga de síntomas físicos al inicio en las pacientes clasificadas con mayor severidad. (Fig.7y 8), (Tabla 4).

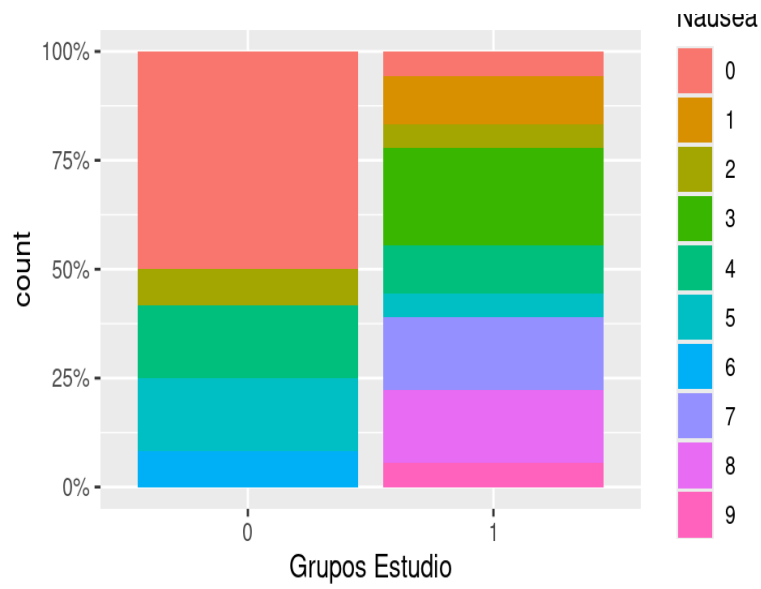


Figura 7. Distribución porcentual de los puntajes de náusea.

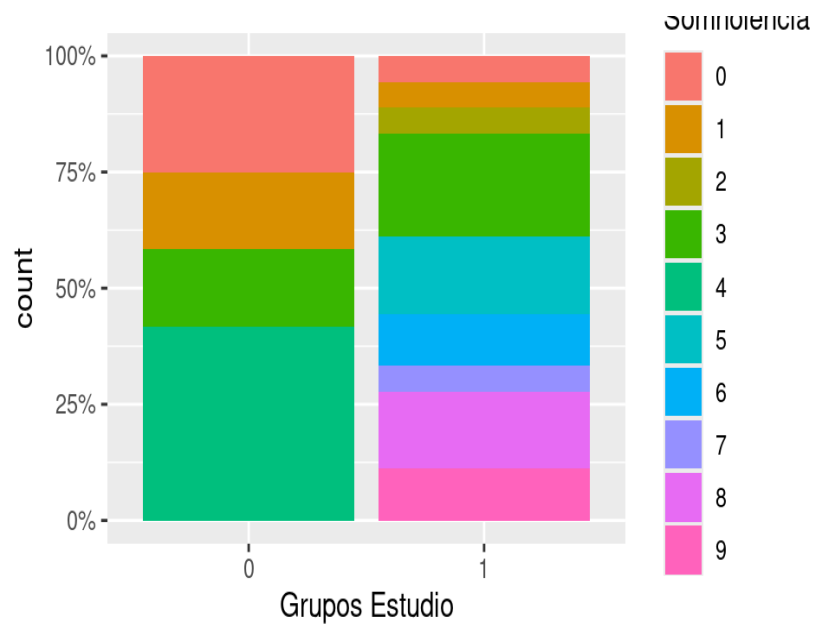


Figura 8. Distribución porcentual de los puntajes de somnolencia.

Characteristic	Overall	0	1	p-value ²
	N = 30 ¹	N = 12 ¹	N = 18 ¹	
1 DOLOR				0.41
0	4 (13%)	3 (25%)	1 (5.6%)	
1	2 (6.7%)	1 (8.3%)	1 (5.6%)	
2	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
3	5 (17%)	2 (17%)	3 (17%)	
4	3 (10%)	2 (17%)	1 (5.6%)	
5	3 (10%)	2 (17%)	1 (5.6%)	
6	4 (13%)	2 (17%)	2 (11%)	
7	4 (13%)	0 (0%)	4 (22%)	
8	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
9	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
10	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
2 CANSANCIO				0.18
0	2 (6.7%)	2 (17%)	0 (0%)	
1	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
2	4 (13%)	3 (25%)	1 (5.6%)	
3	5 (17%)	2 (17%)	3 (17%)	
4	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
5	5 (17%)	3 (25%)	2 (11%)	
6	3 (10%)	2 (17%)	1 (5.6%)	
7	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
8	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
9	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
10	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	

3 NÁUSEAS				0.015
0	7 (23%)	6 (50%)	1 (5.6%)	
1	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
2	2 (6.7%)	1 (8.3%)	1 (5.6%)	
3	4 (13%)	0 (0%)	4 (22%)	
4	4 (13%)	2 (17%)	2 (11%)	
5	3 (10%)	2 (17%)	1 (5.6%)	
6	1 (3.3%)	1 (8.3%)	0 (0%)	
7	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
8	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
9	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
10	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
5 SOMNOLENCIA				0.011
0	4 (13%)	3 (25%)	1 (5.6%)	
1	3 (10%)	2 (17%)	1 (5.6%)	
2	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
3	6 (20%)	2 (17%)	4 (22%)	
4	5 (17%)	5 (42%)	0 (0%)	
5	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
6	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
7	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
8	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
9	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
10	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
6 APETITO				0.28
0	8 (27%)	5 (42%)	3 (17%)	
1	2 (6.7%)	2 (17%)	0 (0%)	
2	3 (10%)	1 (8.3%)	2 (11%)	
3	3 (10%)	2 (17%)	1 (5.6%)	
4	3 (10%)	1 (8.3%)	2 (11%)	
5	4 (13%)	1 (8.3%)	3 (17%)	
6	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
7	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
8	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

9	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
10	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
9 DIFICULTAD PARA RESPIRAR				0.85
0	14 (47%)	8 (67%)	6 (33%)	
1	5 (17%)	2 (17%)	3 (17%)	
2	3 (10%)	1 (8.3%)	2 (11%)	
3	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
4	3 (10%)	1 (8.3%)	2 (11%)	
5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
7	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
8	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
9	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
10	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
10 SUEÑO REPARADOR				0.3
0	5 (17%)	4 (33%)	1 (5.6%)	
1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
2	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
3	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
4	4 (13%)	2 (17%)	2 (11%)	
5	7 (23%)	4 (33%)	3 (17%)	
6	4 (13%)	2 (17%)	2 (11%)	
7	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
8	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
9	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
10	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
OTROS				0.69
0	20 (67%)	9 (75%)	11 (61%)	
1	10 (33%)	3 (25%)	7 (39%)	
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
3	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
7	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

8	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
9	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
10	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
¹ n (%)				
² Fisher's exact test				

Tabla 4. Comparación de la severidad de los síntomas valorados con la escala de ESAS-r de acuerdo a los grupos de estudio.

7. Previo a la intervención multimodal, el puntaje emocional del ESAS-r se calculó como la suma de desánimo (depresión) + intranquilidad (ansiedad), con un rango teórico de 0 a 20 (mayor puntaje = mayor carga emocional). En la muestra total, el puntaje emocional promedio fue de 6.6/20, integrado principalmente por desánimo (4.23/10) y, en menor magnitud, por intranquilidad (2.37/10). Al estratificar por severidad, el puntaje emocional promedio fue de 5.0/20 en el Grupo 0 y de 7.7/20 en el Grupo 1, lo que sugiere mayor carga emocional basal en el grupo de mayor severidad. En los componentes por separado, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos (desánimo $p=0.64$; intranquilidad $p=0.21$), (Tabla 5).

Characteristic	Overall (N=30)	0 (N=12)	1 (N=18)	p-value ²
PARACETAMOL				0.46
0	15 (50%)	7 (58%)	8 (44%)	
1	15 (50%)	5 (42%)	10 (56%)	
TRAMADOL (MG)				0.90192
Mean (SD)	28.3 (25.2)	29.2 (25.7)	27.8 (25.6)	
Median [Min, Max]	50.0 [0, 50.0]	50.0 [0, 50.0]	50.0 [0, 50.0]	
ONDANSETRÓN(MG)				0.12635
Mean (SD)	2.67 (3.84)	1.33 (3.11)	3.56 (4.09)	

Median [Min, Max]	0 [0, 8.00]	0 [0, 8.00]	0 [0, 8.00]	
METOCLOPRAMIDA (MG)				0.89016
Mean (SD)	2.67 (4.50)	2.50 (4.52)	2.78 (4.61)	
Median [Min, Max]	0 [0, 10.0]	0 [0, 10.0]	0 [0, 10.0]	
GABAPENTINA (MG)				0.05316
Mean (SD)	50.0 (114)	0 (0)	83.3 (138)	
Median [Min, Max]	0 [0, 300]	0 [0, 0]	0 [0, 300]	
TOTAL INICIAL				0.00545
Mean (SD)	36.1 (20.8)	23.8 (12.8)	44.3 (21.3)	
Median [Min, Max]	33.0 [4.00, 96.0]	28.0 [4.00, 43.0]	34.5 [24.0, 96.0]	
DIS PUNT SINTOMAS				<0.001*
Mean (SD)	1.77 (2.43)	0 (0)	2.94 (2.53)	
Median [Min, Max]	1.00 [0, 9.00]	0 [0, 0]	2.00 [1.00, 9.00]	
TOTAL FINAL				0.05639
Mean (SD)	24.9 (18.1)	16.4 (9.55)	30.6 (20.4)	
Median [Min, Max]	20.0 [2.00, 81.0]	15.0 [2.00, 30.0]	21.5 [12.0, 81.0]	
DIS PUNT SINTOMAS				0.05922
Mean (SD)	11.2 (13.2)	7.33 (8.79)	13.7 (15.2)	
Median [Min, Max]	14.0 [-23.0, 38.0]	4.00 [-2.00, 21.0]	16.0 [-23.0, 38.0]	
CONTEOS MAYOR A 7 FINAL				0.03003
Mean (SD)	1.03 (2.06)	0.0833 (0.289)	1.67 (2.47)	

Median [Min, Max]	0 [0, 8.00]	0 [0, 1.00]	0 [0, 8.00]	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test				

Tabla 5. Comparación del manejo farmacológico y los puntajes de la escala ESAS-r antes y después de la intervención multimodal.

8. Previo a la intervención, el puntaje global inicial (ESAS-r total) en la cohorte fue de 36 ± 21 puntos (mediana 33, rango 4–96). Al estratificar por severidad, el Grupo 1 presentó un puntaje global significativamente mayor (mediana 35 [24–96]), en comparación con el Grupo 0 (mediana 28 [4–43]), sin diferencias significativas. (Fig.9).

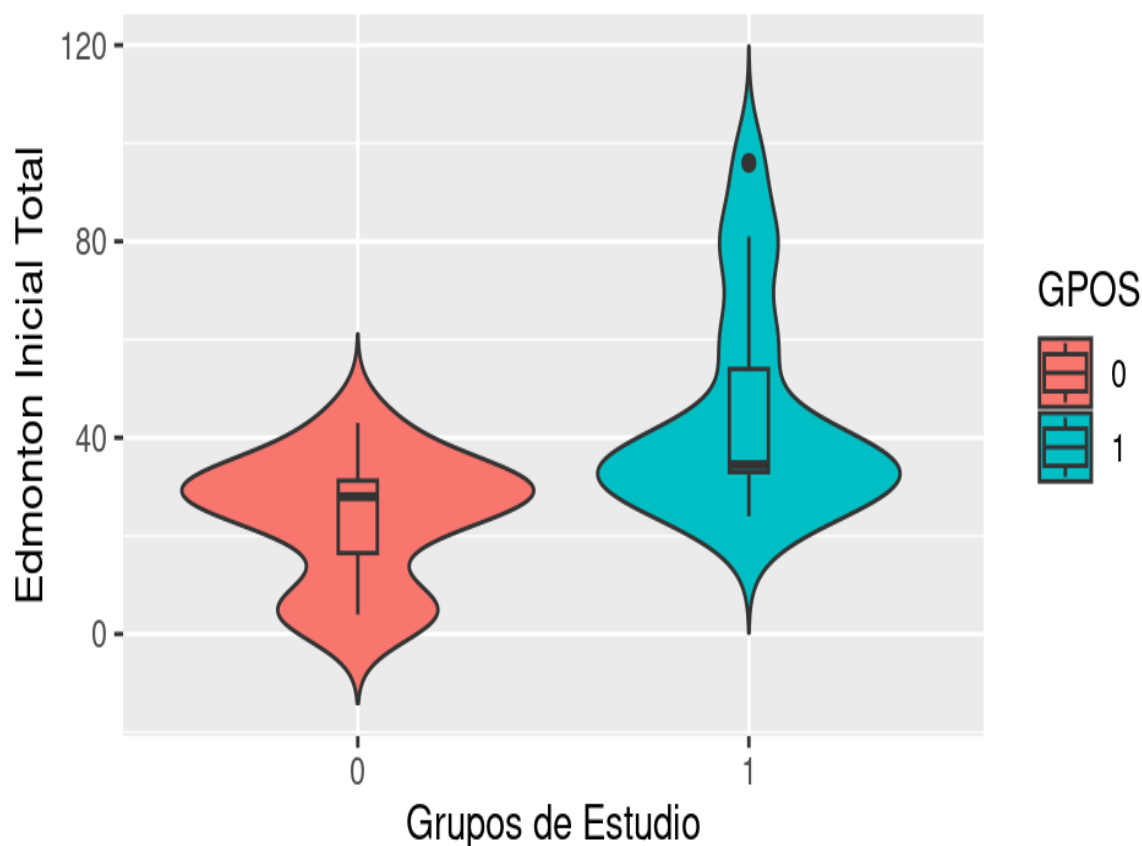


Figura 9. Distribución del puntaje total inicial de ESAS-r por grupos de estudio.

9. Posterior a la intervención multimodal de cuidados paliativos, el puntaje físico del ESAS-r el puntaje físico promedio fue de 15.6/60, con mayor contribución de dolor (3.7/10) y cansancio (3.3/10). Al estratificar por grupos, el puntaje físico

promedio fue de 10.3/60 en el Grupo 0 y de 19.1/60 en el Grupo 1, manteniéndose una mayor carga sintomática física en el grupo de mayor severidad. En los componentes individuales no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p>0.05$), (Tabla 6).

Characteristic	Overall	0	1	p-value ²
	N = 30 ¹	N = 12 ¹	N = 18 ¹	
1_DOLOR				0.28
0	2 (6.7%)	1 (8.3%)	1 (5.6%)	
1	3 (10%)	2 (17%)	1 (5.6%)	
2	4 (13%)	2 (17%)	3 (17%)	
3	4 (13%)	3 (25%)	4 (22%)	
4	4 (13%)	0 (0%)	4 (22%)	
5	2 (6.7%)	1 (8.3%)	1 (5.6%)	
6	3 (10%)	3 (25%)	0 (0%)	
7	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
8	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
9	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
10	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
2_CANSANCIO				0.46
0	3 (10%)	2 (17%)	1 (5.6%)	
1	4 (13%)	1 (8.3%)	3 (17%)	
2	10 (33%)	6 (50%)	4 (22%)	
3	5 (17%)	3 (25%)	2 (11%)	
4	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

7	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
8	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
9	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
10	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
3_NÁUSEAS				0.63
0	7 (23%)	4 (33%)	3 (17%)	
1	8 (27%)	3 (25%)	5 (28%)	
2	6 (20%)	4 (33%)	2 (11%)	
3	3 (10%)	1 (8.3%)	2 (11%)	
4	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
5	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
6	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
7	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
8	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
9	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
10	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
5_SOMNOLENCIA				>0.99
0	3 (10%)	2 (17%)	1 (5.6%)	
1	9 (30%)	4 (33%)	5 (28%)	
2	7 (23%)	3 (25%)	4 (22%)	
3	4 (13%)	2 (17%)	2 (11%)	
4	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
5	4 (13%)	1 (8.3%)	3 (17%)	
6	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
7	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
8	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
9	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
10	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
6_APETITO				0.79
0	7 (23%)	4 (33%)	3 (17%)	

1	6 (20%)	3 (25%)	3 (17%)	
2	4 (13%)	2 (17%)	2 (11%)	
3	5 (17%)	1 (8.3%)	4 (22%)	
4	3 (10%)	1 (8.3%)	2 (11%)	
5	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
7	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	
8	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
9	1 (3.3%)	1 (8.3%)	0 (0%)	
10	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
9 DIFICULTAD PARA RESPIRAR				0.12
0	20 (67%)	10 (83%)	10 (56%)	
1	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
2	1 (3.3%)	1 (8.3%)	0 (0%)	
3	1 (3.3%)	1 (8.3%)	0 (0%)	
4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
7	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
8	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
9	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
10	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
10 SUEÑO REPARADOR				0.37
0	4 (13%)	3 (25%)	1 (5.6%)	
1	2 (6.7%)	2 (17%)	0 (0%)	
2	4 (13%)	2 (17%)	2 (11%)	
3	7 (23%)	1 (8.3%)	6 (33%)	
4	4 (13%)	2 (17%)	2 (11%)	
5	4 (13%)	1 (8.3%)	3 (17%)	
6	3 (10%)	1 (8.3%)	2 (11%)	
7	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
8	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
9	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
10	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
OTROS				>0.99

0	30 (100%)	12 (100%)	18 (100%)	
1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
3	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
7	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
8	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
9	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
10	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
¹ n (%)				
² Fisher's exact test				

Tabla 6. Comparación de la severidad de los síntomas valorados por ESAS-r.

10. Posterior a la intervención multimodal, el puntaje emocional del ESAS-r promedio fue de 4.2/20, integrado por desánimo 2.9/10 e intranquilidad 1.3/10. Al estratificar por severidad, el promedio fue de 2.9/20 en el Grupo 0 y de 5.1/20 en el Grupo 1, manteniéndose una mayor carga emocional residual en el grupo de mayor severidad. Al analizar los componentes por separado, no se observaron diferencias entre grupos (Tabla 7).

Characteristic	Overall	0	1	p-value ²
	N = 30 ¹	N = 12 ¹	N = 18 ¹	
4_DESANIMADO				0.99
0	6 (20%)	3 (25%)	3 (17%)	
1	6 (20%)	3 (25%)	3 (17%)	
2	3 (10%)	2 (17%)	1 (5.6%)	
3	4 (13%)	2 (17%)	2 (11%)	
4	3 (10%)	1 (8.3%)	2 (11%)	
5	4 (13%)	1 (8.3%)	3 (17%)	
6	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	

7	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
8	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
9	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
10	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
7 BIENESTAR				0.14
0	16 (53%)	8 (67%)	8 (44%)	
1	5 (17%)	0 (0%)	5 (28%)	
2	2 (6.7%)	1 (8.3%)	1 (5.6%)	
3	4 (13%)	3 (25%)	1 (5.6%)	
4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
7	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
8	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
9	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
10	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
8 INTRANQUILIDAD				0.19
0	12 (40%)	4 (33%)	8 (44%)	
1	9 (30%)	4 (33%)	5 (28%)	
2	3 (10%)	3 (25%)	0 (0%)	
3	1 (3.3%)	1 (8.3%)	0 (0%)	
4	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
5	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (11%)	

6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
7	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
8	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
9	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
10	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
¹ n (%)				
² Fisher's exact test				

Tabla 7. Comparación de puntaje de síntomas emocionales, antes y después de la intervención multimodal.

11. Posterior a la intervención multimodal, el puntaje total final (ESAS-r) en la cohorte fue de 25 ± 18 puntos (mediana 20, rango 2–81). Al estratificar por severidad, el Grupo 1 mantuvo un puntaje final mayor (31 ± 20 ; mediana 22 [12–81]) que el Grupo 0 (16 ± 10 ; mediana 12 [2–30]), con una tendencia a diferencia estadística ($p=0.056$). En cuanto al conteo de síntomas severos (≥ 7) al final, el 70% de las pacientes no presentó ningún síntoma en ese rango (0 síntomas ≥ 7), y el 30% registró entre 1 y 8 síntomas severos; esta distribución fue comparable entre grupos ($p=0.60$). Finalmente, la diferencia de puntaje total (inicial–final) mostró una reducción promedio de 11 ± 13 puntos (mediana 14, rango –23 a 34), con mayor magnitud de cambio en el Grupo 1 (14 ± 15 ; mediana 16 [–23–38]) respecto al Grupo 0 (7 ± 9 ; mediana 4 [–2–21]), observándose una tendencia a diferencia ($p=0.059$). (Fig.10), (Tabla 8).

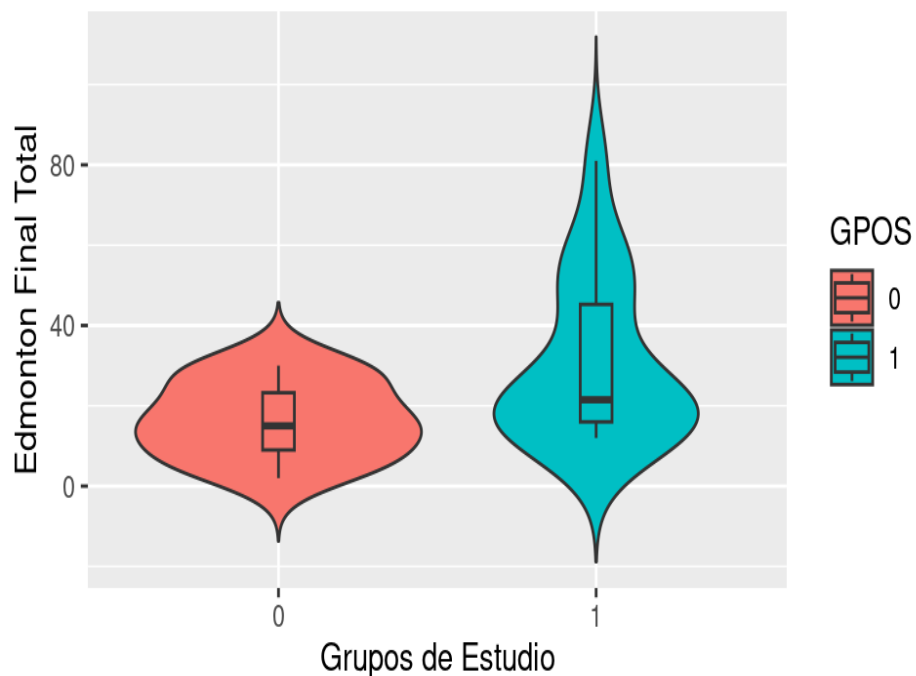


Figura 10. Distribución del puntaje total final de ESAS-r por grupos de estudio.

Characteristic	Overall N = 30 ¹	0 N = 12 ¹	1 N = 18 ¹	p-value ²
TOTAL FINAL				0.056
Mean (SD)	25 (18)	16 (10)	31 (20)	
Median (Min, Max)	20 (2, 81)	15 (2, 30)	22 (12, 81)	
CONTEOS MAYOR A 7 FINAL				0.6
0	21 (70%)	11 (92%)	10 (56%)	
1	3 (10%)	1 (8.3%)	2 (11%)	
2	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
3	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
5	3 (10%)	0 (0%)	3 (17%)	
8	1 (3.3%)	0 (0%)	1 (5.6%)	
DIFERENCIA PUNT SINTOMAS				0.059
Mean (SD)	11 (13)	7 (9)	14 (15)	
Median (Min, Max)	14 (-23, 38)	4 (-2, 21)	16 (-23, 38)	

¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test				

Tabla 8. Comparación del puntaje final y de la severidad de los síntomas posterior a la intervención multimodal

10. DISCUSIÓN

Este estudio evalúa la diferencia de puntajes de los síntomas más comunes en las pacientes con cáncer de mama antes y después de la intervención multimodal por parte de cuidados paliativos, valorándose a través de la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS-r), los cuales incluyen dolor, cansancio, somnolencia, náuseas, pérdida del apetito, dificultad para respirar, desánimo, intranquilidad, dificultad para dormir y sensación de bienestar. Las pacientes de este estudio se agruparon con base en sus síntomas y la severidad de estos, tomando como punto de corte un puntaje de 7, lo cual fue descrito previamente por Bruera et al., quien en su artículo desglosa el puntaje de los síntomas en una escala de 0 a 10 en relación con la intensidad de los mismos, donde 0 corresponde a ausencia del síntoma, 1–3 leve, 4–6 moderada y 7–10 grave. La edad promedio en este estudio fue de 56.5 ± 10.8 años, lo cual coincide con lo descrito por Pérez y cols. en 2021, quienes informan que la media de edad en la que se presenta el cáncer de mama es de 59 años. La clasificación BI-RADS mostró una homogeneidad del 100 % en grado 6, que corresponde a malignidad confirmada por medio histopatológico, tal como lo describe el American College of Radiology (2025), en donde el 100 % de las pacientes con BI-RADS 6 presentan una lesión maligna confirmada mediante biopsia. La American Cancer Society (2023) señala que el tratamiento más común para el cáncer de mama se basa en esquemas de quimioterapia intravenosa con antraciclinas y taxanos; asimismo, en este estudio se observa concordancia con dicha información, ya que el 50 % de las pacientes fue tratado con antraciclinas y el otro 50 % con una combinación de taxanos y antraciclinas. En cuanto al manejo farmacológico multimodal, el uso de paracetamol estuvo presente en el 50 % de la cohorte, por lo que en ambos grupos su uso fue frecuente, mientras que el tramadol presentó una mediana de 50 mg, sin representar una diferencia entre ambos grupos. Baza y Ventoso Morab (2020) describen una incidencia de dolor en pacientes oncológicos del 60–90 %, por lo que el uso farmacológico en estos pacientes es de vital importancia, lo cual se relaciona con los fármacos descritos por Narro Robles et al. (2018), en donde se establece que el paracetamol es el analgésico no opioide de elección y el tramadol corresponde a la

primera línea de tratamiento con opioides débiles, mostrando así una relación directa con los hallazgos de este estudio.

El uso de ondansetrón y metoclopramida mostró una mediana de 0 mg, lo que indica que más de la mitad de las pacientes no requirió el uso de estos antieméticos, con valores de $p = 0.126$ y $p = 0.890$, respectivamente. Monteiro da Rosa et al. (2018) y Narro Robles et al. (2018) reportan que la náusea y el vómito tienen una incidencia cercana al 80 % en el paciente oncológico y constituyen uno de los síntomas más frecuentes; sin embargo, en este estudio más de la mitad de las pacientes no presentaron estos síntomas, lo cual podría tener influencia por parte de diferentes factores propios de cada paciente, como pueden ser su nivel de ansiedad, tratamiento profiláctico del mismo al momento de administrar la quimioterapia, mal manejo del dolor, buena hidratación y nutrición, las cuales no son variables valoradas en el estudio. La gabapentina, utilizada como adyuvante en la neuromodulación y analgesia, presentó un valor cercano al umbral de significación estadística ($p = 0.053$), siendo descrita por Narro Robles et al. (2018) como un fármaco esencial y coadyuvante en el manejo del dolor neuropático en pacientes paliativos; sin embargo, en nuestro estudio más del 50 % de las pacientes no requirieron dicho fármaco.

Los síntomas predominantes y con puntajes más elevados fueron los físicos y emocionales, por lo que las pacientes con estos síntomas se clasificaron dentro del grupo de mayor severidad. Esto se relaciona con lo descrito en la literatura por Baza y Ventoso Morab (2020), quienes señalan que las pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia intravenosa presentan con mayor frecuencia síntomas como dolor, náuseas, somnolencia, cansancio y alteraciones del estado de ánimo. La importancia del tratamiento oportuno y temprano radica en evitar el impacto negativo que estos síntomas pueden generar en la calidad de vida.

Previo a la intervención multimodal, el componente físico mostró que el cansancio, el dolor y la somnolencia fueron los síntomas con mayor severidad, lo cual coincide con lo descrito por Monteiro da Rosa et al. (2018), quienes analizaron estudios

observacionales y clínicos realizados en diversos países y confirmaron que estos síntomas son los más frecuentes en pacientes oncológicos atendidos en cuidados paliativos.

En cuanto a la sintomatología emocional, se observó una disminución del desánimo y, en menor medida, de la intranquilidad. Este resultado en el estudio se asocia con lo reportado por Neri-Flores et al. (2024) y López, Peñacoba y cols. (2004), quienes describen el impacto emocional que enfrentan las pacientes al recibir el diagnóstico de cáncer de mama y la influencia que este tiene en la respuesta al tratamiento. Asimismo, se identificó una disminución en el puntaje total emocional posterior a la intervención multimodal, lo cual se relaciona con lo descrito por Santos-Flores y García-Zapata (2016), quienes destacan la importancia del acompañamiento, la red de apoyo y las intervenciones psicológicas durante el proceso de la enfermedad para lograr una mejoría de los síntomas emocionales, los cuales influyen de manera significativa en la respuesta al tratamiento, lo que es consistente con el apoyo emocional que se dio durante este estudio.

Posterior a la intervención multimodal de cuidados paliativos, se observó una disminución del puntaje total del ESAS-r, observándose que el grupo con mayor carga de síntomas severos fue el que presentó una mayor reducción del puntaje total, coincidiendo con lo descrito por Temel et al. (2010), quienes en su estudio de integración temprana de cuidados paliativos describieron que los pacientes con mayor carga sintomática presentan cambios más evidentes después de la intervención paliativa, sin especificar un tratamiento particular, lo cual concuerda con los hallazgos de esta investigación.

El 70 % de las pacientes no presentó síntomas severos al final de la intervención multimodal y el 30 % presentó entre 1 y 8 síntomas severos, mostrando una disminución promedio de 11 ± 13 puntos, lo cual resulta clínicamente significativo. Estos resultados apoyan que el ESAS-r es un instrumento útil para la valoración y seguimiento de los síntomas en la unidad de cuidados paliativos, tal como lo describió Carvajal Valcárcel et al. (2011), respaldando su utilidad para la

monitorización sintomática y el ajuste del tratamiento en pacientes oncológicos. Asimismo, estos resultados son congruentes con la importancia del envío temprano o en etapas iniciales del cáncer de mama al servicio de cuidados paliativos, según lo descrito por González et al. (2012).

Una de las fortalezas más importantes de esta investigación es que este es el primer estudio sobre cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama en esta institución. La escala utilizada cuenta con validez internacional y se encuentra disponible en idioma español, lo que favorece su aplicación en la población estudiada. Además, el estudio se enfoca en los síntomas predominantes en pacientes con cáncer de mama, tratándose de una población bien delimitada y con un volumen considerable de pacientes que acuden al servicio de cuidados paliativos.

Dentro de las debilidades del estudio se encuentra el tamaño reducido de la muestra, así como la ausencia de un grupo control.

11. LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN:

Limitaciones:

Las limitaciones de este estudio se relacionan directamente con la interpretación de los resultados. En primer lugar, es un estudio piloto con 30 pacientes, lo cual limita generalizar los resultados a una muestra más grande de pacientes, así como la capacidad para detectar diferencias estadísticas en el estudio.

El monitoreo de los pacientes fue por un periodo corto, limitado a dos semanas, lo que nos informa de la mejoría de los síntomas a corto plazo, y sería importante evaluar si hay un mayor impacto o disminución en la severidad de los síntomas al valorarse a las pacientes tras más intervenciones del servicio de cuidados paliativos a mediano o largo plazo.

Aunque ESAS-r es una herramienta validada y tiene la característica de estar en español, no evalúa la calidad de vida de las pacientes, su funcionalidad o factores emocionales externos que pueden influenciar en el puntaje de síntomas de la misma.

Así mismo es importante mencionar la ausencia de personal especializado en psicología dentro del servicio, lo cual podría haber influido de forma positiva en el resultado de esta investigación.

Líneas de investigación futura:

Con base en los resultados de este estudio se pueden desarrollar líneas de investigación, incluyendo un mayor tamaño de muestra, así como comparar grupos de estudio para establecer mayor relación con las causas de los síntomas. Sería pertinente realizar estudios a mediano o largo plazo para valorar el impacto con mayor seguridad sobre la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama; de igual forma, se podrían comparar medidas farmacológicas y no farmacológicas, valorando cuál de las dos tiene mayor impacto en la mejoría de los síntomas. Se puede incorporar el uso de otras escalas para valorar la calidad de vida,

funcionalidad, nutrición y manejo del dolor, con la finalidad de fortalecer la detección temprana y el envío oportuno de los pacientes oncológicos a cuidados paliativos.

12. CONCLUSIONES

En este estudio se observó una disminución en el puntaje global de la severidad de síntomas físicos y emocionales posterior a la intervención multimodal en pacientes con cáncer de mama, apoyando así el uso de ESAS-r como herramienta de monitoreo y valoración de síntomas en pacientes oncológicos dentro del servicio de cuidados paliativos.

Lo anterior respalda la importancia de dar mayor visibilidad y difusión al servicio de cuidados paliativos dentro de esta institución, dirigido sobre todo a los médicos tratantes de los pacientes oncológicos, promoviendo la concientización sobre el efecto favorable de la intervención multimodal desde la primera consulta, ya que se asocia a la disminución de síntomas severos o bien el manejo adecuado de los mismos, con la finalidad de prevenir su progresión secundaria a su patología de base y al manejo oncológico establecido.

Asimismo, los resultados de este estudio sientan las bases para futuras líneas de investigación enfocadas en la valoración de pacientes oncológicos en nuestra población.

13. BIBLIOGRAFÍA.

1. Alejandra Palma psmi. Cuidados Paliativos: historia y desarrollo. Boletín escuela de medicina uc.pontificia universidad católica de chile [Internet]. 2007;32:16–22. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
2. Dominguez-Marín. Cuidados paliativos. Sus orígenes y su llegada a México. Revista Hospital Juárez de México [Internet]. 2016;3(83):64–5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2016/ju163a.pdf>
3. Alfredo Covarrubias-Gómez,Dra. Margarita Otero-Lamas,Dra.Luz A Templos-Esteban,Dr. Enrique Soto-Pérez-de-Celis,Grupo Internacional para la Educación en Dolor y Soporte Sintomático (Grupo DOSS). Antecedentes de la medicina paliativa en México: educación continua en cuidados paliativos. Revista Mexicana de Anestesiología. 2019;42(2):122–8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86662>
4. Juan Guillermo Santacruz Escudero,LFMG. Cuidados paliativos: conceptos básicos Basic concepts in palliative care Cuidados paliativos: conceitos básicos. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo [Internet]. 2020;4(2):14–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/denohttps://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.212>
5. Cristina González,José Méndez,Juan I. Romero,Juan Bustamante,Rafael Castro,Miguel Jiménez. Cuidados paliativos en México Palliative care in Mexico. Revista Médica del Hospital General de México. 2012;173–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-cuidados-paliativos-mexico-X0185106312562525>
6. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A,Ferrell BR, Temel JS, Temin S. Cuidados paliativos para la persona con cáncer [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2021 [citado el 3 de verano de 25d. C.]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos>

7. López y Ricardo Moreno Rodríguez, Cecilia Peñacoba Puente, Ana Fernández Sánchez,víctor Morato Cerro, José Luis González Gutiérrez, Almudena López. Una aproximación a la calidad de vida de los enfermos ingresados en unidades de cuidados paliativos An approximation to the quality of life of patients in palliative care units. *Psicología y Salud*. 2004;14(1):13–23. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/862/1583>
8. Jesús Melchor Santos-Flores,Eddy García-Zapata. Percepción de la calidad de vida y satisfacción del paciente en cuidados paliativos Perception of quality of life and patient satisfaction in palliative care. *Revista CONAMED* [Internet]. 2021;26(3):109–15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101675>
9. Otero Munala, D.,Reascos Paredes, Y. L., & Vaca Orellana, C. F. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en unidades oncológicas del Ecuador. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 8(3). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v8i3.770>
10. Ochoa-Zarzosa y Zoraya Palomera-Sanchez, MTA-MJEL-MA. Estado actual del cáncer de mama en México: principales tipos y factores de riesgo. *Gaceta Mexicana de Oncología* [Internet]. 2021;20(3):101–10. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565-005X2021000300101
11. INEGI-Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el cáncer de mama (19 DE OCTUBRE) [Internet]. 2023 [citado el 10 de primavera de 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_C MAMA23.pdf
12. Neri-Flores V,Gálvez-Hernández CL,Riveros-Rosas A, et al. Estrés percibido en pacientes mexicanas recién diagnosticadas con cáncer de mama. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2024;62(5). doi: 10.5281/zenodo.12667976

13. Breast cancer treatment [Internet]. American Cancer Society. 2023 [citado el 27 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/tratamiento.html>
14. Baza y Sagrario Ana Ventoso Morab MT. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. Revista clínica de Medicina Familiar [Internet]. 2020;13(3):203–11. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n3/1699-695X-albacete-13-03-203.pdf>
15. José Ramón Narro Robles, Dr. Jesús Ancer Rodríguez, Dr. Juan García Moreno. Guía de manejo integral de cuidados paliativos [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf
16. Jorge Dgnino S. DMGL. Cuidados Paliativos. Revista de ciencias médicas [Internet]. 1994;23(3):1–6. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl>
17. José Ramón Narro Robles, Dr. Jesús Ancer Rodríguez, Dr. Juan García Moreno. Guía de manejo integral de cuidados paliativos [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf
18. Leonardo Cecconello, Emelly Gabriele Erbs, Letícia Geisle Conductas éticas y el cuidado al paciente terminal. Revista Bioética [Internet]. 2022;30(2):405– Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422022302536ES>
19. Benés EM. El paciente terminal. Cuidados paliativos, manejo de la muerte y ayuda psicológica. Npunto [Internet]. 2023;VI(62):71–95. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6477536c2dc63art4.pdf>
20. León-Sanz CBP. Investigación con pacientes en cuidados paliativos: dilemas éticos y percepción pública sobre su vulnerabilidad. Estudio exploratorio, Research with patients in palliative care: ethical dilemmas and public perception of their vulnerability. an exploratory study pesquisa com pacientes em cuidados paliativos: dilemas éticos e percepção pública sobre sua vulnerabilidade. estudo exploratório. Pers bioet. 2016;132–50.

DOI: 10.5294/PEBI.2016.20.2.2

21. Allende Pérez Silvia R SRAL. Cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Asociación Mexicana de Medicina Transfusional [Internet]. 2022;14(1):118-119. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/107043>
22. Adriana Tavares de Moraes Abogada JGT. Cuidados paliativos em atendimento domiciliar pacientes com câncer no Brasil. SAUDÉ DEBATE [Internet]. 2018;42(116):225–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/01031104201811618>
23. Alsuliman HR, Alsaigh SA, Habib FA, et al. (6 de octubre de 2024) Exploración de la influencia de la implementación del sistema de evaluación de síntomas de Edmonton en pacientes de cuidados paliativos: una revisión sistemática. Cureus 16(10): e70914. DOI 10.7759/cureus.70914
24. Ana Carvajal Valcárcel MMG y. CCC. Versión española del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. ELSEVIER [Internet]. 2013;20(4):143–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.02.001>
25. Cheryl Nekolaichuk PhD R. Edmonton Symptom Assessment System – Revised (ESAS-r) [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/peolc/if-peolc-ed-esasr-admin-manual.pdf>
26. Monteiro Daiane da Rosa, Henriqueta Daiane da Rosa María, Abreu Almeida Miriam, Evaluation Edmonton Symptom Assessment System In Palliative Care: An Integrative Review. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2010;31(4):785–93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21805891/>
27. MSc y Eduardo Bruera DHM. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. Manage pain symptoms [Internet]. 2017;53(3):630–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28042071/>

28. Gob.mx. [citado el 11 de abril de 2025]. Disponible en:
https://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normativacional/4.NAL_Derechos_de_los_P
29. Dof - Diario Oficial de la Federación [internet]. [citado el 15 febrero de 2025]. Disponible en:
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0
30. Dof-Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA-2012 expediente clínico. 2012 [internet]. [citado el 15 abril de 2025]. Disponible en:
https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
31. Nuevo Reglamento Publicado en el Diario Oficial de la F el. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de abril de 2025]. Disponible en:
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
32. Miyakawa S, Watanabe H. 2013 WMA declaration of Helsinki: The key points of the revision for each article. Rinsho yakuri/Jpn J Clin Pharmacol Ther [Internet]. 2014;45(3):79–81. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.3999/jscpt.45.79>

14. ANEXOS

- ANEXO 1 ESCALA MODIFICADA PARA LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EDMONTON.

ESAS-r(es):

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



NADA DE DOLOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PEOR DOLOR DE SU VIDA
SIN CANSANCIO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	LO MÁS AGOTADO
SIN SOMNOLENCIA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY SOMNOLIENTO
SIN NÁUSEAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	LÁS PEORES NÁUSEAS
BUEN APETITO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PÉRDIDA DEL APETITO
SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	LA MAYOR DIFICULTAD PARA RESPIRAR QUE SE PUEDA IMAGINAR
NADA DESANIMADO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	LO MÁS DESANIMADO
TRANQUILO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	LO MÁS NERVIOSO
DUERMO PERFECTO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	LA MAYOR DIFICULTAD PARA RESPIRAR
SENSACIÓN DE BIENESTAR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SENTIRSE LO PEOR QUE SE PUEDE IMAGINAR
NADA_____: OTRO PROBLEMA (Por ej: sequedad de boca).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	LO PEOR POSIBLE

- ANEXO 2. Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton, versión revisada

Cuestionario de evaluación de síntomas de edmonton, versión revisada ESAS-r (es)

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

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

○ ANEXO 3. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Edad	
Tiempo de diagnóstico	
Birads	
Analgésico	
Antiemético	
Gabapentina	
Esquema de quimioterapia	
Medicamentos de rescate	

- ANEXO 4.

-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	Temporalidad	Acción
1	MAYO-JUNIO 2025	Autorización por el Comité de ética e investigación del Hospital Regional de alta especialidad “Dr. Ignacio Morones Prieto”.
2	AGOSTO-NOVIEMBRE 2025	Recolección de datos y llenado de la escala de Sintomas de Edmonton.
3	DICIEMBRE 2025-ENERO 2026	Revisión de datos y análisis estadístico de los resultados.
4	FEBRERO 2026	Presentación de tesis y defensa de la misma.