

# Sanar con amor

CUIDADOS PALIATIVOS  
ONCOLÓGICOS

---

Christian Gabriel Villa Clavijo,  
Rosa Mercedes Castillo Siguencia



# **Sanar con amor**

## Cuidados Paliativos Oncológicos

Sanar con amor: Cuidados Paliativos Oncológicos

©del texto: Christian Gabriel Villa Clavijo, Rosa Mercedes Castillo Siguencia, 2025

©de esta edición: Universidad del Azuay. Casa Editora, 2025

ISBN: 978-9942-670-96-0

E- ISBN: 978-9942-670-97-7

Diseño y diagramación: Mateo Quizhpi

Corrección de estilo: Mauricio Carrasco

Libro arbitrado por pares: Aida Mariño Arias, Paula Valverde

Impresión: Printlab / Universidad del Azuay

Cuenca del Ecuador

CONSEJO EDITORIAL / UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Francisco Salgado Arteaga

Rector

Genoveva Malo Toral

Vicerrectora Académica

Raffaella Ansaloni

Vicerrectora de Investigaciones

Toa Tripaldi

Directora de la Casa Editora

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, por cualquier medio, sin la autorización expresa del titular de los derechos.

Cuenca - Ecuador, 2025

# Sanar con amor

## Cuidados Paliativos Oncológicos

Christian Gabriel Villa Clavijo  
Rosa Mercedes Castillo Sigüencia



UNIVERSIDAD  
DEL AZUAY

Casa ■  
Editora

## Dedicatorias

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento, en primer lugar, a Dios, fuente de fortaleza y sabiduría. A mis pacientes: en ustedes he encontrado no solo el propósito de mi vocación médica, sino también valiosas lecciones de vida. Su valentía frente a la lucha contra el cáncer es una inspiración constante. Sepan que nunca estarán solos; los médicos estaremos siempre dispuestos a acompañarlos, brindarles apoyo y buscar alivio en medio de las adversidades.

A mi amada esposa, Aleksandra, y a mis hijos, Santiago Alejandro y José Ricardo, y a mis padres, gracias por su amor, paciencia y comprensión durante el tiempo que dediqué a la realización de esta obra. Su compañía y sacrificio han sido fundamentales.

A mis padrinos: Hidalgo y Mónica, por su apoyo incondicional. A mi tío, a quien con cariño le llamamos “Nayo”, por ser el más noble ejemplo de lo que significa ser médico: íntegro, responsable y profundamente humano.

A mis maestros, por cada enseñanza que ha dejado huella; a mis alumnos, porque en cada clase también me enseñan a ser mejor docente.

Finalmente, elevo un saludo al cielo para mi querido abuelito Ricardo, quien enfrentó con dignidad esta enfermedad y se convirtió en una de las principales razones que me motivaron a seguir esta especialidad y hoy hacer realidad este libro.

- Christian Gabriel Villa Clavijo

Expreso mi agradecimiento principalmente a Dios, por la guía, inspiración, sabiduría, oportunidad y perseverancia que me ha brindado durante este proceso. Con todo mi amor dedicó este libro: a mi esposo, Diego, a mis amados hijos: Mateo Sebastián y Danna Camila, y a mis incondicionales hermanos: Geovanny, Angelita, Inés, Wilson, Gloria y Sonia Castillo Sigüencia, fuente de amor, fortaleza, apoyo e inspiración. Su paciencia y comprensión han sido fundamentales en este proceso. Gracias por ser mi motivación. Este logro es tan mío como de ustedes.

A lo más sagrado en mi vida, mis padres: Eliseo Castillo y Elsa Sigüencia; gracias madrecita por su amor incondicional, su apoyo e inspiración constante. Y a la memoria de mi padre, cuya ausencia se siente en cada logro; su ejemplo y enseñanza viven en mí. Este libro es un tributo a su legado y un reflejo de esencia de su amor que siguen guiándome a perseverar y a seguir mis sueños.

A los profesionales, docentes y estudiantes del área de salud comprometidos con la excelencia, innovación, y la humanización en los cuidados paliativos. Que este libro sea una herramienta valiosa para su formación y práctica diaria, que su sabiduría y empatía sean fuente de esperanza y contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Finalmente dedico este libro a todos los pacientes que luchan contra el dolor y la enfermedad, que sea una herramienta de esperanza, un refugio en la tormenta, una fuente de conocimiento y sabiduría para que puedan encontrar la serenidad en medio del caos. A los familiares y cuidadores que brindan amor y apoyo incondicional, quienes dedican su vida a aliviar su sufrimiento, que su labor sea reconocida y valorada por su entrega diaria invaluable. A todos quienes han perdido un ser querido sepán que el amor y los recuerdos perduran por siempre, transcendiendo a la muerte, a la vida y su fragilidad y belleza que nos enseña a valorar cada instante y a vivir con plenitud. Que este libro sea un homenaje a la vida, a la muerte y al amor eterno.

- Rosa Mercedes Castillo Sigüencia

# Índice de Contenidos

Dedicatorias	6
<b>Introducción</b>	<b>13</b>
<b>Historia</b>	<b>16</b>
<b>Capítulo I</b>	
<b>Psicooncología, Psiquiatría y Cuidados Paliativos</b>	<b>20</b>
Trastorno de Adaptación	25
Intervenciones Psicoterapéuticas en cáncer avanzado	28
Terapia Managing <i>Cancer and Living Meaningfully</i> (CALM)	29
Estructura de la terapia CALM	30
Relación de apoyo	30
Modulación de afecto	31
La creación conjunta del significado	31
Evidencia de la terapia CALM	32
Vínculos entre Psicooncología y Enfermería en los Cuidados Paliativos	33
Intervenciones Terapéuticas centradas en la espiritualidad en cuidados paliativos en pacientes con cáncer	35
<b>Capítulo II</b>	
<b>Farmacología en Cuidados Paliativos</b>	<b>38</b>
Dolor	40
Causas de dolor oncológico	42
Anamnesis y tipos de dolor	44
Escala Analgésica de la O.M.S	46
Tipos de Escalas del Dolor	48
Otras clasificaciones	49
Paracetamol	55

Mecanismo de acción	56
Indicaciones terapeúticas	56
Posología	57
Contraindicaciones	59
Antiinflamatorios no esteroides (AINEs)	60
Mecanismo de acción	61
Clasificación	61
Efectos	66
Recomendaciones	66
Contraindicaciones	66
Información sobre los medicamentos específicos	67
Diclofenaco	67
Ibuprofeno	67
Ketorolaco	67
Naproxeno	67
Fármacos adyuvantes	68
Opioides	69
Efectividad del tapentadol en el paciente oncológico con dolor neuropático	73
Morfina	74
Fentanilo	75
Hidromorfona	75
Oxicodona	76
Meperidina	76
Codeína	76
Tramadol	76
Efectos secundarios de los opioides	77
Antieméticos	79
Enfoques farmacológicos	83

<b>Capítulo III</b>	
<b>Medicina Alternativa en Cuidados Paliativos</b>	<b>83</b>
<b>Las plantas medicinales-medicina herbolaria</b>	<b>84</b>
Definición	84
<b>Medicina alternativa y complementaria</b>	<b>86</b>
Concepto	86
Generalidades	86
<b>Medicinas reconocidas por el MSP del Ecuador</b>	<b>87</b>
Acupuntura	87
Acupuntura, acupresión y reflexología	87
Acupuntura y terapias relacionadas	89
Náuseas y vómitos	89
Control del dolor y xerostomía	90
Síntomas vasomotores	91
Masaje	92
Las manos	93
El aceite de masaje	93
Aromaterapia	94
Extracción de aceites	95
Forma de usar los aceites esenciales y las plantas	95
Hidroterapia	96
Iridología	98
Terapias mente-cuerpo y espíritu	99
Yoga	99
Intervención con música	100
Intervención de imagen	101
Homeopatía	102
Tratamiento dietético	102
La dieta Gerson	103

Medicina tradicional china	103
<b>Atención complementaria de apoyo</b>	<b>105</b>
<b>Actualización científica</b>	<b>105</b>
Hipnoterapia	106
Intervención conductual	107
Resumen	108
<b>Capítulo IV</b>	
<b>Importancia de la familia en pacientes de cuidados paliativos</b>	<b>111</b>
El abordaje de la familia: aspectos generales	111
Fuentes de sufrimiento	113
Variables que influyen en la experiencia de la enfermedad	114
La edad	114
El rol de la persona enferma	114
Características psicológicas de los miembros y las variables claves del funcionamiento familiar	115
La sobreprotección	115
La sobrecarga del cuidador	116
Los patrones de funcionamiento y la adaptación familiar	116
La conspiración del silencio	118
Los síntomas emocionales en la familia	120
<b>Capítulo V</b>	
<b>Ética en Cuidados Paliativos</b>	<b>123</b>
Generalidades	123
Aplicación del principalísimo en los cuidados paliativos	126
<b>Intervenciones Sugeridas para Mejorar la Toma de Decisiones y Manejo Ético</b>	<b>130</b>
Sedación paliativa	131
Sedación paliativa proporcionada	131

Sedación paliativa hasta la inconsciencia	132
Desafíos Éticos y Manejo de la Sedación Paliativa Continua (PSU)	133
Reflexión sobre el deber del médico	135
Muerte asistida por un médico	135
Tratamiento inútil versus potencialmente inapropiado	136
Tratamiento prohibido y discrecional	137
Acercamiento a los pacientes que 'quieren que se haga todo'	138
<b>Manejo Efectivo del Dolor Al Final De La Vida</b>	<b>139</b>
Mantener una Buena Comunicación	139
Decisiones difíciles	142
<b>Consentimiento Informado</b>	<b>143</b>
<b>Enfermería y paciente terminal</b>	<b>145</b>
Aspectos bioéticos	145
Deberes éticos hacia el paciente terminal	145
<b>Los derechos del enfermo terminal</b>	<b>149</b>
<b>Conclusión</b>	<b>151</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>154</b>

# Introducción

El presente libro está destinado a todo personal del área de la salud, quienes tengan interés en conocer los aspectos más importantes que atraviesan los pacientes con patologías oncológicas, desde el diagnóstico hasta los últimos días de vida. La principal razón que nos inspiró a escribir este libro es el abandono en el que se encuentran muchos pacientes, ya sea en sus hogares o en hospitales, sin un trato adecuado y, sobre todo, digno. El objetivo de este texto es brindar nociones acerca de cómo proceder con los pacientes, en esta misma vía, identificar las dificultades que se presentan tanto con la familia y el entorno, así como con los profesionales de la salud. Resulta relevante reflexionar sobre el proceder del profesional de la salud, mismo que debe ser ético, estricto en sus conocimientos y coherente con su equipo de trabajo y empático con los pacientes.

Toda área de salud es crítica, no obstante, el área oncológica de responsabilidad el trato de la enfermedad exige un compromiso activo con los pacientes, y se debe tener en cuenta sus circunstancias contextuales.

De manera específica, el cáncer de mama es una enfermedad que afecta a personas de todas las edades y géneros, aunque en mujeres es más común y con un mayor porcentaje. Concientizar a la población sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de mama es fundamental, ya que esto puede aumentar significativamente las probabilidades de supervivencia. Además, conocer los factores de riesgo y tomar medidas preventivas para reducir

la posibilidad de desarrollar esta enfermedad es importante para toda la sociedad.

El cáncer de mama es el cáncer diagnosticado con más frecuencia y la principal causa de muerte en mujeres de todo el mundo. En los Estados Unidos, el cáncer de mama ocupa el segundo lugar después del cáncer de pulmón, como la causa más común de muerte por cáncer en mujeres. Sin embargo, ha habido una disminución en las tasas de mortalidad por cáncer de mama en los Estados Unidos y en otras partes del mundo Occidental, atribuible al mayor uso de la mamografía de detección y los avances en las terapias adyuvantes. Como resultado de la mejora de la supervivencia y el envejecimiento de la población, hay más de tres millones de mujeres que viven con antecedentes de cáncer de mama solo en los Estados Unidos, lo que representa el 41 por ciento de todas las mujeres sobrevivientes de cáncer. Los sobrevivientes de este tipo de cáncer son el componente más grande de todos los sobrevivientes de cáncer (con excepción de los cánceres de piel), y representan el 3,6 por ciento de la población de los Estados Unidos como nos indica Come (2022).

En la región de las Américas, según los datos que constan en la OMS (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2022), el cáncer es la segunda causa de muerte. Se estima que cuatro millones de personas fueron diagnosticadas en 2020 y 1,4 millones murieron por esta causa. Aproximadamente, el 57% de los nuevos casos de cáncer y el 47% de las muertes ocurren en personas de 69 años de edad o más jóvenes. En Ecuador la incidencia de cáncer de mama según estadísticas de Globocan(2018), muestra 28.058 casos nuevos de cáncer, en promedio existen 165 casos de cáncer en todas sus variedades por cada 100.000 mujeres y 150 casos por cada 100.000 hombres.

De ahí que los cánceres más comunes en hombres, según su incidencia son: próstata 3322 (26%), estómago 1364 (10%), colorrectal 902 (7,1%), linfoma 770 (6%) y leucemia 655 (5,1%). Mientras que los cánceres más comunes en mujeres son: mama 2787 (18,2%), cuello uterino 1612 (10,6%), tiroides 1374 (9%), estómago 1225 (8%) y colorrectal 1123 (7,4%)(Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2018).

Se debe tener en cuenta que el cáncer es una enfermedad que afecta a una gran cantidad de personas en Ecuador y en todo el mundo. Por ello es fundamental promover la importancia de la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer. En el caso específico del cáncer de mama, es crucial realizar autoexámenes de manera regular, acudir a consultas médicas periódicas y realizar mamografías según las recomendaciones de los especialistas. La detección temprana de esta enfermedad puede marcar la diferencia en el pronóstico y tratamiento. Además, es necesario promover estilos de vida saludables que incluyan una alimentación balanceada, práctica regular de ejercicio físico, reducción del consumo de tabaco y alcohol, así como la protección frente a la exposición al sol y otras sustancias nocivas que pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer.

# Historia

Con el fin de profundizar en lo que se conoce sobre el cáncer, es necesario realizar un registro cronológico sobre los hitos que se consideran más relevantes, para ampliar la mirada histórica desde una visión mundial hasta enfocar la información en Ecuador, para finalizar con una reflexión actual sobre la realidad del cáncer en nuestro hemisferio y en el mundo. El primer registro que se conoce en torno a la temática data del año 1600, denominado Papiro Edwin Smith, donde se encuentran registros de casos de tumores y diversas enfermedades que incluyen el cáncer de mama (Vargas *et al.*, 2012). Antes de 1885, se creía que el cáncer era una enfermedad contagiosa y socialmente vergonzosa. Sin embargo, a partir de 1900 surgieron varias organizaciones dedicadas a combatir el cáncer, y se estableció el primer hospital con ese propósito, el *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* (MSKCC) (Sotelo, 2020).

En el ensayo ‘Duelo y melancolía’ de Sigmund Freud, escrito en 1917, se establece la conexión entre el cáncer y la depresión. Freud fue el pionero en resaltar la relevancia de la psique en el desarrollo de enfermedades. También enfatizó la importancia del diálogo entre el médico y el paciente (Dudelzak, 2003). En 1937 se crea el Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos (Biblioteca Virtual en Salud, 2016). En el año 1955, el Dr. Finesinger del Hospital General de Massachusetts junto al equipo del *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* (MSK) realizan los primeros informes de adaptación psicológica al cáncer y su tratamiento (Cabrera *et al.*, 2017). En 1960, Elizabeth Kübler-Ross rompe el mito de hablar con los pacientes

de la muerte; desafío para los médicos y enfermeras sobre dejar de evitar a estos pacientes y escuchar sus preocupaciones (Kübler-Ross & Kessler, 2016).

En el año 1966, Leshan caracteriza al paciente oncológico (Olivares, 2002) al enlistar los aspectos psicológicos de pérdida sin resolver, incapacidad de expresar frustración e ira y relaciones afectivas tenues. Para 1970 inicia formalmente la especialidad de psicooncología, al caer la barrera para revelar el diagnóstico, se hizo posible hablar con los pacientes sobre cáncer y sus implicaciones vivenciales (Tanblay & Bañados, 2004). De manera consecuente, en 1985, R. Bayes publica el primer libro de psicooncología denominado Psicología Oncológica (Rojas & Gutiérrez, 2016). El panorama es aún más amplio y la conversación más abundante, de ahí que en 1992 la Revista *Psycho-Oncology* programa el Primer Congreso Internacional de Oncología Psicosocial en Francia (Holland, 2002).

En 1997 crean la Sociedad Española de Psico-oncología (Robert *et al.*, 2013). Al otro lado del mundo, y ya en nuestro país, en 1999 se genera el Plan Nacional de Salud Mental en Ecuador (Quishpi, 2015). Mientras que para el 2008 se implementó el Nuevo Modelo de Salud MAIS-FCI, en concordancia con la Constitución Política, y financiado por el Estado, basado en la Atención Primaria de Salud (APS) (Álvarez, 2011). Progresivamente, en 2012, se fortaleció el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual comprende un conjunto de políticas, estrategias, directrices y recursos centrados en la salud familiar, comunitaria e intercultural complementaria. Este modelo tiene como objetivo organizar y aliviar la carga del Sistema Nacional de Salud (SNS) al permitir la integralidad de los tres niveles de atención en la red de salud.

Ecuador incorpora la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y garantiza la atención necesaria para satisfacer las necesidades de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012). El 27 de enero de 2015 se aprobó el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para el período 2015-2017 (MSP, 2015). Asimismo, se autorizó la Guía de Cuidados Paliativos, adaptada del Sistema Nacional de Salud de España (2008) para el enfoque en estas unidades (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015). Antes de finalizar con esta senda histórica resulta menester reflexionar sobre el creciente número de personas que sufren enfermedades crónicas degenerativas y cáncer, ello plantea un desafío significativo para los servicios de salud a nivel global y marca un hito histórico sobre esta enfermedad.

El desafío se evidencia en el número de casos de cáncer en constante crecimiento, y se estima que a lo largo del siglo XXI se convertirá en la principal causa de muerte, incluso superará a las enfermedades cardiovasculares. Esto se convierte en la principal barrera para el aumento de la esperanza de vida, especialmente en cánceres como los de pulmón, próstata y mama. El cáncer es una enfermedad que tiene impacto, tanto en las dinámicas familiares como en las profesionales. Esto puede ocasionar una serie de consecuencias negativas a nivel personal, familiar y laboral; así como cambios en la imagen corporal, dolor, disminución de la autonomía, entre otros. Muchos de estos pacientes sufren un intenso dolor al final de sus vidas y requieren atención médica y social que involucre a todos los sectores asistenciales (Tuppia, 2020).

Por lo tanto, en este momento histórico, es crucial contar con una atención especializada e integral que aborde de manera holística estas necesidades, al brindar apoyo tanto al paciente como a

sus familiares para hacer frente a este problema. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el objetivo de los Cuidados Paliativos es mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya sean adultos o niños, y de sus familias, cuando se enfrentan a situaciones de riesgo de vida. Los Cuidados Paliativos se enfocan en prevenir y aliviar el sufrimiento a través de la detección temprana y una evaluación adecuada, así como en el tratamiento del dolor y otros problemas que pueden ser físicos, psicológicos o espirituales (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

En la actualidad, más de 40 millones de personas en todo el mundo requieren cuidados paliativos cada año, debido al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades no transmisibles. Sin embargo, se enfrentan desafíos como: la falta de conocimiento, regulación, capacitación adecuada para los profesionales de la salud, integración en los sistemas de salud y el cambio de prácticas ya establecidas (Organización Panamericana de la Salud, 2016). Los anteriores son los retos que presenta la contemporaneidad y frente a los cuales hay una responsabilidad histórica que se debe asumir desde los profesionales de la salud.

# **Capítulo I**

## **Psicooncología, Psiquiatría y Cuidados Paliativos**

La Psicooncología es una disciplina que se examina desde múltiples perspectivas, lo cual conlleva a diferentes definiciones de la misma. Algunos autores la consideran desde una perspectiva dualista: mente-cuerpo, donde se investiga la relación entre los aspectos psicológicos y la patología neoplásica en cada paciente. Estos autores sostienen que las acciones del personal psicológico desempeñan un papel de vital importancia al proporcionar estrategias y métodos de afrontamiento, con el fin de reducir el estrés emocional relacionado con el diagnóstico, y mejorar así la calidad de vida, tanto del paciente como la de su familia. Además, aborda los problemas asociados con la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer (Arroyo, 2020). Los cuidados paliativos oncológicos deben ser abordados desde un enfoque multidisciplinario, apoyándose en especialidades como la psicología y psiquiatría, dado que amplían la comprensión de cómo el cáncer puede ejercer un gran peso emocional en la vida cotidiana del paciente y su entorno.

En nuestra práctica -lamentablemente- coincide la presencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer y el aumento en la tasa de mortalidad. Por ejemplo, se llevó a cabo un estudio publicado por la Universidad de Cambridge, Reino Unido, en el que se utilizó un registro nacional que identificó a más de 1600 pacientes con cáncer de esófago que se sometieron a cirugía, sin historial

de trastornos psiquiátricos. Después de considerar los factores de confusión potenciales, como edad, estado civil y etapa e histología del tumor, los análisis revelaron que la tasa de mortalidad por cualquier causa fue un 70% más alta en los pacientes que presentaron trastornos psiquiátricos, en comparación con aquellos que no tenían trastornos psiquiátricos (hazard ratio 1,7, intervalo de confianza del 95% 1,2-2,3) (Rivest *et al.*, 2023).

La salud mental de los pacientes con cáncer es un indicador valioso para proporcionarles el apoyo psicológico necesario con el fin de mejorar su calidad de vida y posiblemente su supervivencia. Los trastornos psiquiátricos pueden afectar la adherencia al tratamiento, calidad de vida, respuesta al tratamiento y supervivencia de los pacientes con cáncer. Por lo tanto, es imperativo abordar no solo la enfermedad física, sino también la salud mental de los pacientes para brindar un enfoque de atención integral. Las detecciones tempranas de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer son importantes para tener un impacto significativo en su pronóstico y calidad de vida. El personal de salud debe trabajar de manera interdisciplinaria para abordar las necesidades tanto físicas como emocionales de los pacientes con cáncer.

Al igual que sucede con otras enfermedades médicas comunes, es más probable que los pacientes con cáncer experimenten trastornos psiquiátricos en comparación con la población que no padece enfermedades. Se realizó un estudio en China (Chang & Lai, 2022), en el que se utilizó un registro nacional que identificó a pacientes con cáncer ( $n > 300,000$ ) y a individuos sin cáncer ( $n > 3,000,000$ ), y se comparó la incidencia combinada de trastornos psiquiátricos (trastornos de adaptación, ansiedad, depresión, sín-

tomas somáticos o trastornos por uso de sustancias) en ambos grupos. Después de tomar en cuenta la edad, género y nivel educativo, los análisis revelaron que los pacientes con cáncer tenían una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos en comparación con el grupo de control.

El incremento en la tasa de trastornos mentales era más notable durante la primera semana después del diagnóstico, lo que indicaba que los pacientes con cáncer tenían siete veces más probabilidades de desarrollar un trastorno psiquiátrico (con una razón de riesgo de 6,7, con un intervalo de confianza del 95% entre 6,1 y 7,4). Aunque la magnitud de este incremento disminuyó con el tiempo, la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes con cáncer seguía siendo elevada, incluso 10 años después del diagnóstico (con un índice de riesgo de 1,1; con un intervalo de confianza del 95% entre 1,1 y 1,2).

Cuando los médicos evalúan los síntomas psiquiátricos en pacientes con cáncer, uno de los primeros objetivos es determinar si esos síntomas indican la presencia de un trastorno mental, y entre otros se enumeran:

- Reacción normal a una enfermedad potencialmente mortal.
- Trastorno psiquiátrico (ya sea de nuevo inicio o recurrencia).
- La expresión neuropsiquiátrica del cáncer en sí mismo o de su tratamiento: por ejemplo, el cáncer primario o metastásico que afecta al cerebro puede provocar cambios en la cognición, las emociones y el comportamiento. Además, la terapia hormonal, como los corticosteroides puede desencadenar trastornos que van desde síntomas leves (irritabilidad, cambios rápidos en el estado de ánimo).

mo o dificultad para conciliar el sueño) hasta episodios de manía o depresión, así como trastornos neurocognitivos (delirio o demencia reversible)(Rivest *et al.*, 2023).

La importancia de realizar evaluaciones periódicas de los síntomas psiquiátricos en pacientes con cáncer radica en varios aspectos:

- Detección temprana de posibles trastornos psiquiátricos: la evaluación periódica permite identificar de manera temprana cualquier cambio en los síntomas psiquiátricos que pueda surgir durante el curso de la enfermedad, lo que facilita la intervención y el tratamiento oportuno; ya que muchos pacientes pueden pensar que ciertos pensamientos son normales.
- Mejora de la calidad de vida: el tratamiento del cáncer puede afectar de manera considerable la salud mental de los pacientes. Identificar y tratar adecuadamente los síntomas psiquiátricos contribuye a mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes.
- Optimización del tratamiento oncológico: los trastornos psiquiátricos pueden afectar la adherencia al tratamiento de cáncer, así como la respuesta al mismo. Identificar dichos trastornos nos puede permitir de manera más temprana evitar el abandono al tratamiento, incluso si tomamos en cuenta pacientes que se encuentran en quimioterapia paliativa donde tenemos alguna, aunque sea mínima, oportunidad de detener el progreso precoz de la enfermedad.
- Prevención de complicaciones: los síntomas psiquiátricos no tratados pueden conducir a complicaciones adicionales como el deterioro de la función cognitiva, de-

presión, ansiedad, insomnio, entre otros. La evaluación periódica permite prevenir y manejar estas complicaciones de manera eficaz.

El proceso de la muerte consta de etapas reconocidas que se consideran tanto en la medicina como en la psicología. Estas etapas pueden variar según la cultura, religión, edad o condición social y en todos los casos, el control del dolor, náuseas, insomnio, problemas y diferencias en el entorno familiar y social son aspectos importantes. Esto puede incluir la toma de nuevas responsabilidades y estar atentos a cuestiones cruciales relacionadas con la salud del paciente. Reducir y aliviar el sufrimiento y brindar cura para la enfermedad son aspectos fundamentales, por lo tanto, el apoyo familiar desempeña un papel crucial, ya que muchas familias acarrean problemas internos de resentimientos y deudas emocionales que deben ser tomados en cuenta.

Entre las diversas funciones de un psicooncólogo, en el ámbito hospitalario se pueden destacar actividades de: prevención, evaluación, terapia psicológica, enseñanza e investigación, que deben llevarse a cabo y aplicarse desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad; también debe ser el encargado de la comunicación eficaz entre los profesionales de la salud y el paciente y/o sus familiares. Para brindar un cuidado integral, es esencial contar con una sólida formación en Psicosociología y Psicooncología. El entorno hospitalario proporciona un contexto idóneo para llevar a cabo estas intervenciones psicosociales, las cuales contribuyen a mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

El psicooncólogo además de facilitar el trabajo del equipo de atención médica dentro de la casa hospitalaria, también ofrece

atención domiciliaria que suele ser necesaria e incluso obligatoria en situaciones donde el paciente tiene movilidad reducida, lo que impide la movilización hacia una casa de salud. Es fundamental que la atención psicosocial de las personas con enfermedad oncológica y sus familias forme parte de cualquier modelo de atención integral que busque mitigar el impacto que el cáncer tiene en sus vidas. Las intervenciones psicosociales han demostrado ser eficaces al ayudar a los pacientes y sus seres queridos a hacer frente a las complejas situaciones psicosociales que surgen tras un diagnóstico de cáncer como describen Maté-Méndez *et al.* (2021). De ahí que sea necesario proceder a identificar un trastorno de adaptación.

## **Trastorno de Adaptación**

Identificar y diagnosticar el trastorno de adaptación puede ser un reto, pero es esencial para proporcionar el apoyo necesario a los pacientes. Es importante estar conscientes del cambio en sus rutinas y estilo de vida al que se enfrentarán. Los médicos deben estar atentos a la dificultad de adaptación en los pacientes, ya que podrían beneficiarse de asesoramiento especializado. Aquellos que desarrollan un trastorno de adaptación suelen ser inflexibles en su forma de pensar, y tienden a enfrentar sus problemas relacionados con el cáncer de la misma manera que han manejado situaciones estresantes en el pasado. Si las estrategias previas de afrontamiento y resolución de problemas no son efectivas, la persona puede empezar a mostrar síntomas de depresión y ansiedad asociados con el trastorno de adaptación. En contraste, los pacientes que se adaptan exitosamente suelen tener un enfoque más flexible.

La psicoterapia para el trastorno de adaptación, según Roy-Byrne(2023), se enfoca directamente en los factores estresantes relacionados con el cáncer, al enseñar mejores habilidades de afrontamiento y al abordar los problemas inmediatos de la vida causados por la enfermedad. También es importante establecer redes de apoyo social y brindar psicoeducación. Los grupos de apoyo informales y la terapia de grupo más estructurada resultan altamente efectivos para mejorar la calidad de vida y reducir los síntomas de depresión y ansiedad. En nuestro medio no existe tal análisis, y son pocos los profesionales entrenados para mantener terapias en los mencionados grupos de apoyo, debemos hacer énfasis en la necesidad de la presencia de la familia en las terapias porque representan un gran apoyo para el paciente.

También, es esencial continuar con las investigaciones en este campo para obtener más evidencia sobre la eficacia y seguridad de la farmacoterapia en la prevención de la depresión en pacientes oncológicos. Esto permitirá desarrollar recomendaciones y pautas específicas para el manejo de la depresión en este grupo de pacientes, y de esta manera, mejorar su calidad de vida y su pronóstico en general, sin olvidar que cada paciente es un mundo diferente en la aparición de beneficios frente a la medicación, sobre todo si nuestro paciente ya tiene antecedente de uso de fármacos de la misma familia o similares.

El tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer es decisivo para mejorar su calidad de vida y su adherencia al tratamiento del cáncer, y lo tenemos que recalcar en cada cita o visita, para no permitir desviar el camino por recomendaciones que pueden llegar al paciente, sobre todo de personas ajenas a la salud

como son: vecinos, amigos, otros enfermos de cáncer e incluso las recomendaciones que se exponen a la ligera en las farmacias que, por falta de conocimiento pueden romper el objetivo que nos hemos planteado, ya que esta es una situación muy común en nuestra sociedad. La depresión puede tener un impacto negativo en el pronóstico y la recuperación del cáncer, por lo que es fundamental abordarla de manera efectiva. Esa efectividad reside en el cuidado integrado de diversos especialistas.

El cuidado colaborativo en pacientes ambulatorios con cáncer y depresión mayor unipolar, de leve a moderada, puede obtener beneficios cuando se brinda tratamiento para la depresión dentro de este marco (también conocido como atención integrada). Este tipo de cuidado implica tratar a los pacientes con un equipo que generalmente incluye un médico especialista que receta antidepresivos, un administrador del fármaco, que generalmente es una enfermera, que ayuda a facilitar e implementar el tratamiento en apoyo con la psicoterapia y monitorear el progreso del tratamiento al realizar mediciones basadas en la atención, y un especialista en salud mental, como un psiquiatra que brinda consulta y supervisión.

La evidencia que respalda el uso del cuidado colaborativo para el tratamiento de la depresión mayor unipolar en pacientes ambulatorios con cáncer, se basa en múltiples ensayos aleatorizados. Los ensayos encontraron que después de 12 meses de tratamiento, los pacientes que recibieron cuidado colaborativo mostraron una mayor mejoría y un beneficio clínico moderado. Sin embargo, se observó una considerable heterogeneidad entre los estudios (Roy-Byrne, 2023). El cuidado colaborativo que combina diferentes modalidades de tratamiento como la farmacoterapia y la psicoterapia

pia ha demostrado ser una estrategia eficaz para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer. Los resultados de los ensayos aleatorizados respaldan la implementación de este enfoque en la práctica clínica para mejorar la salud mental y el bienestar de los pacientes oncológicos.

## **Intervenciones Psicoterapéuticas en cáncer avanzado**

El propósito de esta intervención es reducir la ansiedad, depresión, preocupaciones, angustia, necesidades espirituales y dudas existenciales. Aunque las terapias grupales pueden ser efectivas, presentan limitaciones debido a las condiciones de los pacientes, quienes a menudo prefieren terapias individuales o familiares y se niegan a recibir este tipo de atención nuevamente, al señalar aspectos culturales. Sin embargo, se ha demostrado que la ‘terapia de dignidad’ es de gran ayuda para los pacientes cercanos a la muerte, mientras que la ‘terapia centrada en el sentido’ ayuda a los pacientes a encontrar su propósito. Ambas se caracterizarán más adelante. Cabe destacar que la elección del tipo de terapia debe ser personalizada, y se deben considerar las necesidades y preferencias del paciente para maximizar su efectividad y bienestar emocional.

La intervención del psicooncólogo consiste en identificar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que el paciente y su familia puedan tener, con el objetivo de guiarlos y facilitar su percepción de control sobre la enfermedad. Se busca ayudarles a comprender que, a pesar del diagnóstico, existen acciones que pueden emprender para mejorar su calidad de vida

frente al cáncer. Los tratamientos a los que se somete el paciente pueden comprometer su calidad de vida debido a los efectos secundarios. Los resultados varían según el tipo de tratamiento, tipo de cáncer, progresión de la enfermedad y características individuales del paciente; como también detallan Troncoso *et al.* (2019).

### **Terapia Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM)**

Se propone un enfoque terapéutico de apoyo y expresivo, breve y semiestructurado, conocido como el modelo CALM, con el objetivo de reducir el malestar emocional y fomentar el crecimiento psicológico en pacientes con cáncer avanzado que experimentan una sensación de amenaza en su vida actual debido a la enfermedad. Esta terapia busca aliviar los síntomas de malestar, promover la conexión emocional con seres queridos y ayudar a resolver los problemas que puedan surgir tanto en los cuidadores como en el paciente, y no podemos olvidar que pueden existir varios cuidadores, pero uno de ellos es quien asuma mayor responsabilidad con el paciente y las decisiones que se pueden presentar a futuro. La terapia CALM se adapta a las necesidades individuales de cada persona, y se puede destacar la confidencialidad en relación con los asuntos delicados que los individuos deben enfrentar. Además, este enfoque terapéutico proporciona un espacio seguro y de confianza para que los pacientes exploren sus emociones, resuelvan las dudas y preguntas que aparecen conforme avanza el tiempo y encuentren estrategias efectivas para enfrentar su situación, lo cual es fundamental para mejorar su calidad de vida y bienestar emocional.

## Estructura de la terapia CALM

El programa consta de un total de seis sesiones con una duración de entre 45 y 60 minutos cada una, distribuidas a lo largo de tres a seis meses. Durante estas sesiones se abordan cuatro temas principales interrelacionados: los síntomas y la comunicación con el personal médico, los cambios experimentados por el paciente y las relaciones con sus seres cercanos, el significado, propósito, futuro y muerte. El orden en que se tratan estos temas se adapta a las necesidades individuales del paciente. Además, se alienta la participación del cuidador en una o varias de las sesiones, con el objetivo de brindar apoyo y estar atento a las necesidades futuras.

Este enfoque holístico no solo ayuda a los pacientes a gestionar mejor sus emociones y mejorar su bienestar psicológico, sino que también fortalece el apoyo de sus cuidadores, al crear un entorno más comprensivo y solidario durante el proceso de tratamiento.

**La relación de apoyo.** La relación entre el profesional en psicología y el paciente es esencial y primordial. El terapeuta tiene la responsabilidad de comprender y acompañar la experiencia de los individuos, brindándoles apoyo en la comprensión de sus temores relacionados con el abandono, la dependencia y el dolor. Asimismo, trabajan juntos para desarrollar estrategias que les permitan afrontar los desafíos en cada área de sus vidas. El profesional debe mantener un compromiso genuino con el paciente, y de manera consecuente aceptar y conectar emocionalmente con los temores y esperanzas de los pacientes. Como detallan Troncoso *et al.* (2019), el control de los síntomas experimentará cambios constantes, al igual que la recepción de noticias que pueden afectar la motivación del paciente.

**Modulación de afecto.** La terapia CALM tiene como objetivo ayudar a mantener las emociones dentro de un rango tolerable, ya que pueden surgir momentos de gran alegría o momentos de profunda tristeza emocional, que no deben de ninguna manera ser subestimados, y el paciente debe entender que muchas personas ajenas al tratamiento pueden emitir comentarios tales como: ya deberías superarlo, no es para tanto, debes ser fuerte, no te pongas triste por lo que te pasa, etc. El tema de la muerte genera una mayor necesidad de apego, lo cual puede dar lugar a momentos de crisis entre el paciente y su cuidador. El objetivo de la terapia es buscar un equilibrio entre el apoyo y los momentos de estrés emocional entre ambas partes.

Las personas difieren en gran medida en su habilidad para reflexionar sobre sí mismas y lo que se conoce como mentalización, es decir, la capacidad de reflexionar sobre los estados emocionales, distinguirlos de los hechos literales y reconocer la posibilidad de múltiples perspectivas (Troncoso et al., 2019).

**La creación conjunta del significado.** El paciente y el profesional deben crear un único entendimiento y comprensión de la situación de la enfermedad, este proceso implica crear un espacio de colaboración en el que ambas partes compartan una comprensión común de la situación de la enfermedad. Esto se logra a través de la comunicación efectiva y la empatía, donde cada parte no solo expone sus perspectivas, sino que también está dispuesta a escuchar y comprender la del otro.

La relación terapéutica se basa en un ‘contrato’ implícito que define los roles y expectativas de ambos, lo que fomenta la confianza y la seguridad necesarias para abordar problemas de salud de

manera conjunta. La falta de una comunicación clara puede llevar a tensiones y malentendidos, y afectar negativamente la calidad de la atención brindada. (Troncoso *et al.*, 2019).

**Evidencia de la terapia CALM.** Desde hace aproximadamente diez años existen pruebas que respaldan los beneficios de la terapia CALM. Se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva en Canadá por Lo *et al* (2016) que incluye estudios piloto en fase I, fase II, fase IIb y un ensayo clínico aleatorizado en fase III, que recientemente se ha completado y está en proceso de publicación. Los estudios han demostrado la viabilidad, aceptación y eficacia de la intervención para reducir la frecuencia y gravedad de los síntomas depresivos, así como para mejorar la preparación para el final de la vida. El estudio Fase III, un ensayo clínico controlado y aleatorizado está en proceso de publicación y se llevó a cabo durante un período de cuatro años (2012-2016). En dicho estudio participaron 305 pacientes, de los cuales 151 recibieron terapia CALM y 154 recibieron el cuidado estándar.

El grupo que recibió terapia CALM informó de una menor frecuencia de síntomas depresivos en los 3 y 6 meses posteriores. Además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en una mejor preparación para el final de la vida a los 6 meses en comparación con el grupo de cuidado estándar. El estudio es importante, ya que ofrece evidencia sólida sobre la efectividad de la terapia CALM en la reducción de los síntomas depresivos y en la preparación para el final de la vida en los pacientes. Estos hallazgos pueden tener un impacto significativo en la práctica clínica, ya que sugieren que la terapia CALM puede ser una intervención eficaz y beneficiosa para mejorar la calidad de vida de los pacientes en esta población. Además, la realización de un ensayo clínico controlado y

aleatorizado proporciona un nivel de evidencia más alto en comparación con otros tipos de estudios, lo que aumenta la credibilidad y fiabilidad de los resultados obtenidos. Esto es fundamental para la toma de decisiones tanto en la planificación de la atención del paciente como en el diseño de políticas de salud.

## **Vínculos entre Psicooncología y Enfermería en los Cuidados Paliativos**

Desde una perspectiva psicológica, se presta cada vez más atención al cuidado de personas con cáncer. Es importante que el tratamiento psicológico incluya educar al paciente sobre cambios de hábitos, reintegrarse a la vida social, adaptarse al cáncer, participar activamente en su tratamiento, desarrollar estrategias de resolución de problemas y facilitar la comunicación con sus familiares (Lluch *et al.*, 2021). Para todo lo anterior se desarrollan los ‘cuidados paliativos’, término que se refiere a un conjunto de herramientas que mejoran la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales o crónicas. Estas herramientas incluyen el manejo emocional, el duelo, el alivio del dolor, el apoyo familiar y el apoyo psicológico tanto para el paciente como para la familia. Dado que el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo y conlleva un deterioro de la salud física, que a menudo resulta en la muerte, su diagnóstico genera una gran carga de estrés para el paciente y su familia.

Por lo tanto, los cuidados paliativos son una parte básica del tratamiento integral y buscan aliviar los efectos secundarios que esta enfermedad conlleva para mejorar la calidad de vida (Motta, 2021). En coherencia con los cuidados paliativos se destaca la nece-

sidad del área de enfermería que sostiene las casas de salud junto a los médicos de todas las especialidades. La enfermería en general es parte sustancial de la medicina, y de manera específica la oncológica juega un papel trascendente en el equipo multidisciplinario, y su concepto de cuidado va más allá de las actividades técnicas. El papel del personal de enfermeros y enfermeras es importante, ya que son las personas que tienen mayor contacto, si se habla de tiempo, con el paciente, ya sea en la internación hospitalaria o en el domicilio. Por esta razón, debe tener un entrenamiento adecuado en comunicación y que este contacto sea valioso y de calidad. La relación terapéutica implica un proceso de relación interpersonal, por lo que es crucial desarrollar habilidades y destrezas comunicativas.

La enfermería oncológica juega un papel de mucha importancia en el cuidado integral de los pacientes con cáncer, ya que no solo se encargan de administrar tratamientos y realizar procedimientos, sino que también brindan apoyo emocional, educación y atención personalizada a los pacientes y sus familias. La comunicación efectiva es fundamental porque ayuda a establecer una relación terapéutica sólida con el paciente, facilita la comprensión de la enfermedad y el tratamiento; y promueve la participación activa del paciente en su cuidado. Además, la enfermería oncológica también se encarga de identificar y abordar las necesidades y preocupaciones emocionales de los pacientes, al brindar apoyo emocional, escucha activa y ofrecer recursos y estrategias para afrontar el impacto psicológico que puede tener el cáncer en la vida del paciente.

El cuidado de enfermería se considera un proceso proactivo y comprensivo. Las enfermeras deben tener la capacidad de brindar cuidados que garanticen el bienestar y la seguridad desde una

perspectiva humanística. Por lo tanto, en el ámbito de la enfermería, cuidar a personas con cáncer implica integrar, además de los aspectos biofísicos, patológicos y clínicos, aquellos aspectos invisibles que implican establecer una interacción imprescindible en situaciones de sufrimiento emocional y social asociadas al diagnóstico de cáncer. Durante el proceso de la atención es cuando más aparecen ideas y dudas que deben ser resueltas de manera eficaz, y en ciertos casos, consultadas primero al profesional en psicología y medicina para evitar respuestas erróneas frente al pronóstico de la enfermedad y la aparición de síntomas.

En la práctica del cuidado continuo es importante abordar cómo los componentes de la psicooncología pueden intervenir en los procesos de atención a personas con cáncer, desde la perspectiva de la enfermería, al tener en cuenta el impacto y la repercusión biopsicosocial de esta enfermedad.

## **Intervenciones Terapéuticas centradas en la espiritualidad en cuidados paliativos en pacientes con cáncer**

La espiritualidad es un concepto abstracto que puede variar, y existen alrededor de 90 definiciones aproximadamente, de ahí que es importante aclarar su significado para evitar confusiones con aspectos relacionados. La espiritualidad es una experiencia subjetiva que puede existir tanto dentro como fuera del contexto religioso. En otras palabras, la espiritualidad es parte inherente del ser humano y no necesariamente está relacionada con la religión. Por esta razón, se considera un rasgo antropológico universal y trasciende

cualquier sistema religioso organizado (Vargas, 2020). A través de la espiritualidad, las personas pueden encontrar consuelo, esperanza, paz interior y fortaleza para enfrentar los retos y dificultades de la vida. Además, la espiritualidad ayuda a las personas a desarrollar una conexión más profunda consigo mismas, con los demás y con el mundo que les rodea (Keown, 2005).

La espiritualidad es un aspecto fundamental en la vida de las personas y muchas veces subestimado o poco abordado, sobre todo en un Estado laico como el nuestro, que hace algunos años decidió erróneamente eliminar espacios religiosos en los hospitales como las capillas, o hasta incluso el ingreso de sacerdotes, pastores, etc., situación que netamente es una decisión del paciente; este aspecto proporciona un sentido de pertenencia, orientación y significado a la existencia. Promueve valores como la compasión, la solidaridad, la empatía, el respeto y la tolerancia, lo cual contribuye a fomentar la paz, la armonía y la cohesión social. La espiritualidad también puede ser una fuente de bienestar emocional y psicológico, ya que puede ayudar a las personas a encontrar un sentido de propósito y significado en sus vidas, a superar traumas y adversidades, a cultivar emociones positivas como la gratitud, la alegría y la serenidad, y a desarrollar una mayor autoestima, auto aceptación y autoconocimiento.

A continuación, se describen las principales psicoterapias mencionadas en un estudio de revisión realizado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2014), que demuestra que estas terapias tienen mejores resultados en la intervención de aspectos espirituales en comparación con la psicoterapia convencional. También son eficaces para abordar las necesidades espiri-

tuales de los pacientes, así como el control de la ansiedad y el deseo temprano de morir (Vargas, 2020).

- a. **Counselling Espiritual:** esta terapia tiene como objetivo estimular y ayudar al paciente a utilizar sus propios recursos, potenciándolos. Ayuda en la toma de decisiones e incluso en la búsqueda de respuestas.
- b. **Psicoterapia centrada en el Sentido:** desarrollada por William Beibart y sus colaboradores, esta terapia busca ayudar al paciente a encontrar sentido a través de experiencias y acciones, al analizar su vida y dándole significado a las relaciones con sus seres queridos.
- c. **Terapia de Dignidad:** desarrollada por Chochinov y sus colaboradores, esta terapia se enfoca en preservar la dignidad de los pacientes hasta el final de sus días, ya que el cáncer puede afectar su bienestar emocional y la percepción de su propia dignidad.

Es importante destacar que no hay un acuerdo universal sobre las terapias recomendadas para pacientes en cuidados paliativos. Se debe evaluar cada caso de forma individual, al tener en cuenta su entorno, creencias, virtudes y capacidades, para aplicar las terapias que proporcionen mayor comodidad y apoyo emocional, así como para mantener una conexión significativa entre el paciente y el profesional de la salud.

## **Capítulo II**

# **Farmacología en Cuidados Paliativos**

La historia de la farmacología está llena de descubrimientos accidentales y eventos significativos que han marcado su evolución a lo largo de los siglos. Desde tiempos antiguos, la medicina a base de plantas ha sido una de las formas de atención médica más utilizadas en todas las culturas. Los babilonios, chinos y egipcios fueron algunos de los primeros en registrar en documentos históricos, que han perdurado a lo largo del tiempo, recetas y remedios a base de plantas. Cada cultura aportó su conocimiento y experiencia en el uso de plantas medicinales para aliviar los síntomas de enfermedades.

Durante la Época Oscura, la información sobre farmacología era escasa y limitada. Aunque es probable que se practicara la medicina natural, hay pocos registros históricos al respecto. La evolución de la farmacología y la medicina no pudo producirse hasta que la disciplina científica fuera aceptada por las creencias religiosas de la época. El término ‘farmacología’ no se registró sino hasta 1693 en un texto de Samuel Dale titulado *Pharmacología sen Manuductio ad Materiam Medicum* (Farmacología o guía del medio material). Antes de eso, el estudio de las plantas medicinales se conocía como ‘Materia Medica’ y se mantuvo así hasta principios del siglo XX.

A principios del siglo XIX, se considera que la farmacología moderna comenzó a surgir con avances significativos en la extracción de sustancias específicas de mezclas complejas. Esto permitió a los químicos aislar principios activos como morfina, colchicina, curare, cocaína y otras sustancias farmacológicas de sus fuentes na-

turales. Los farmacéuticos pudieron estudiar los efectos de estas sustancias de manera más precisa, en animales, al utilizar cantidades predefinidas. Algunos de los investigadores incluso se aplicaron estas sustancias a sí mismos como sujetos experimentales, tales es el caso de Frederich Serturner quien se inyectó a sí mismo y a otras personas una dosis alta de morfina en 1805 para estudiar sus efectos (Edajube, 2020).

La extracción de principios activos y el estudio de sus efectos en animales y humanos marcaron el comienzo de la farmacología moderna y sentaron las bases para el desarrollo de medicamentos más seguros y efectivos. La capacidad de aislar y estudiar sustancias específicas permitió a los científicos comprender mejor cómo funcionan en el cuerpo y cómo pueden ser utilizadas para tratar enfermedades de manera más precisa. Además, el uso de sujetos experimentales fue fundamental para probar la eficacia y seguridad de estos nuevos medicamentos. Aunque en la actualidad se han establecido normas éticas y regulatorias más estrictas para la investigación en humanos, en ese momento, estos experimentos fueron fundamentales para avanzar en el conocimiento científico y en el desarrollo de la farmacología.

La farmacología como disciplina independiente fue oficialmente reconocida en 1847 cuando se estableció el primer departamento de farmacología en Estonia. John Jacob Abel, considerado el padre de la farmacología estadounidense, debido a sus numerosas contribuciones en el campo, fundó el primer departamento de farmacología en los Estados Unidos en la Universidad de Michigan en 1890. Ya en el siglo XX, el ritmo de cambio en todas las áreas de la medicina aumentó drásticamente. Los farmacéuticos ya no

dependían de procesos laboriosos y lentos para extraer principios activos de productos naturales escasos; ahora podían sintetizar fármacos en el laboratorio (Edajube, 2020). Esto contribuyó a tratar el dolor a través de los fármacos producidos en los laboratorios.

## **Dolor**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el dolor crónico como un tipo de molestia que tiene características propias, que van más allá de su duración, e involucran sufrimiento, impotencia y desesperanza, las cuales afecta la conducta dolorosa debido al componente emocional. Puede llegar a ser extremo e insoportable. El dolor crónico se considera una enfermedad. En primer lugar, es importante controlar el dolor para mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen. El dolor crónico puede afectar de manera significativa la capacidad funcional y la autonomía de las personas, lo que a su vez puede llevar a la pérdida de la independencia y la disminución del bienestar emocional. Además, el dolor puede interferir en las relaciones interpersonales, ya que puede afectar el estado de ánimo, la capacidad de concentración y la capacidad de comunicación de la persona que lo padece.

Lo anterior podría tener consecuencias negativas en las relaciones familiares, laborales y sociales, ya que el dolor no controlado puede llevar a depresión, ansiedad y otros trastornos emocionales, lo que a su vez generaría una afectación en la capacidad de la persona para hacer frente a la enfermedad subyacente como el cáncer. Por último, existen evidencias científicas que demuestran que el control del dolor tendría un impacto positivo en la supervivencia de

los pacientes. Un estudio publicado en la revista *The Lancet Oncology* encontró que el 56% de los pacientes con cáncer avanzado que recibieron cuidados paliativos experimentaron una mejora en la supervivencia, en comparación con aquellos que no los recibieron.

En el caso de los pacientes con cáncer, se estima, según Ojeda (2021), que entre el 65 y el 85% de ellos experimenta dolor. El dolor causado por el cáncer no es una entidad clínica única y homogénea, y su manejo inadecuado puede tener graves consecuencias físicas, psicoafectivas y económicas, tanto para el paciente como para su entorno familiar, laboral y los servicios de salud. Por lo tanto, es primordial que se brinde una atención dirigida hacia un tratamiento efectivo y adecuado, al utilizar opciones tanto farmacológicas como no farmacológicas. El control del dolor en pacientes con cáncer es de suma importancia debido a que el dolor puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, al afectar su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, su estado emocional, así como su capacidad para enfrentar el tratamiento del cáncer.

Además, el dolor no tratado adecuadamente podría generar complicaciones adicionales, como depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, pérdida de apetito, entre otros. Por lo tanto, es necesario que el personal de salud esté capacitado para identificar y tratar el dolor de manera efectiva en pacientes con cáncer. El control del dolor en pacientes con cáncer también puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento oncológico, reducir el estrés y la ansiedad del paciente, y en general, mejorar su bienestar físico y emocional. El manejo del dolor causado por el cáncer representa un gran desafío para cualquier médico, pero al mismo tiempo es una oportunidad para aplicar sus conocimientos y habilidades con el fin

de ayudar al paciente y su familia, y se debe tener en cuenta que el dolor es el resultado de múltiples variables interrelacionadas, tanto biológicas como psicológicas y sociales (Ojeda, 2021).

## Causas de dolor oncológico

Para comenzar el tratamiento del dolor causado por el cáncer es importante determinar su origen. Por lo tanto, se debe recopilar una historia clínica detallada y posteriormente, realizar un examen físico y neurológico completo, ya que, al caracterizar el dolor de manera adecuada, será posible clasificarlo correctamente, y, sobre todo, caracterizar al dolor según su intensidad, tipo, localización, referencia, irradiación, duración, entre otros.



**Figura 1:** La atención integral aborda el dolor oncológico desde un enfoque físico, emocional y social.

Fuente. Sacado de la Web

<b>Secundario al cáncer</b>	<b>Secundario al tratamiento</b>
<b>1. Metástasis a hueso</b>	<b>1. Post-quirúrgico</b>
a. Cuerpo vertebral	a. Toracotomía
b. Base del cráneo	b. Mastectomía
c. Pelvis	c. Disección de cuello
d. Huesos largos	d. Amputación
e. Sitios múltiples	
<b>2. Afección tumoral directa</b>	<b>2. Post-quimioterapia</b>
a. Obstrucción causante de distensión de vísceras huecas	a. Polineuritis
b. Obstrucción de conductos de órganos sólidos	b. Mucositis / faringitis / esofagitis
c. Crecimiento rápidos tumoral en órganos sólidos	c. Neuropatía periférica
<b>3. Afección directa en nervios / plexos o médula espinal</b>	<b>3. Post-radiación</b>
a. Neuropatía periférica	a. Neuritis
b. Plexopatías (cervical/braquial/lumbosacra)	b. Osteoradionecrosis
c. Síndrome Doloroso Regional Complejo	c. Plexopatías
d. Carcinomatosis leptomeníngea	d. Enteritis/mucositis
<b>4. Afección directa tumoral: vasos sanguíneos</b>	
a. Necrosis	
b. Ulceración de membranas mucosas (mucositis)	

**Figura 2:** Causas más frecuentes de dolor por cáncer.

Fuente. Morales & Salas, 2004.

## Anamnesis y tipos de dolor

La clasificación del dolor puede realizarse al considerar su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronósticos de control y, por último, su respuesta a la farmacología (Puebla-Díaz, 2005).

### A. Segundo su duración

- **Agudo:** Tiene una duración limitada en el tiempo y presenta un componente psicológico mínimo. Algunos ejemplos incluyen perforación de órganos huecos, dolor neuropático y dolor musculoesquelético asociado a fracturas patológicas, este puede estar presente hasta 3 meses desde su inicio.
- **Crónico:** Supera los 3 meses y se caracteriza por la presencia de un componente psicológico en la gran mayoría de casos que es secundario. Es el tipo de dolor comúnmente experimentado por los pacientes con cáncer.

### B. Segundo su patogenia

- **Neuropático:** Se produce por una estimulación directa del sistema nervioso central o por lesiones en las vías nerviosas periféricas. Se describe como un dolor punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Algunos ejemplos de dolor neuropático son la plexopatía braquial o lumbosacra posterior a la radiación, la neuropatía periférica posterior a la quimioterapia y/o radioterapia, y la compresión medular, en este caso los pacientes refieren sensación de algo que

no existe con frases como: siento quemazón, siento como algo que me camina, siento un ardor en la piel, etc.

- **Nociceptivo:** Este tipo de dolor es el más común y se divide en dolor somático y visceral, los cuales se detallan a continuación.
- **Psicógeno:** Está influenciado por el entorno psicosocial en el que se encuentra el individuo. Es característico el hecho de que se requiera constantemente un aumento en las dosis de analgésicos con poca eficacia, y depende mucho de su tratamiento psicológico.

### C. Según la localización

- **Somático:** Se produce por una excitación anormal de los nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, músculos, huesos, vasos, etc.). Es un dolor localizado, punzante y que puede irradiarse por las vías nerviosas. El dolor óseo causado por metástasis óseas es el más común. El tratamiento incluye antiinflamatorios no esteroides (AINEs) que deben ser asociados a opiáceos fuertes que muchas de las veces por creencias, presentan respuesta de rechazo a recibirllos, por parte de los pacientes.
- **Visceral:** Se produce por una excitación anormal de los nociceptores viscerales. Este tipo de dolor se localiza de forma imprecisa, es continuo y profundo. Además, puede irradiarse hacia áreas alejadas de su origen. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. Ejemplos de dolor visceral incluyen dolor de tipo cólico, metástasis hepáticas, cáncer de páncreas, de vías biliares.

res, cáncer de colon, etc. Este dolor responde bien al tratamiento con opioides.

#### D. Según el curso

- **Continuo:** Persiste a lo largo del día y no desaparece.
- **Irruptivo:** Es una exacerbación transitoria del dolor en pacientes con un dolor de fondo controlado, que puede depender del movimiento o incluso de la posición en la que permanece el paciente.

#### E. Segundo la intensidad

- **Leve:** Puede realizar actividades habituales, sin presentar impedimento mayor.
- **Moderado:** Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.
- **Severo:** Interfiere con el descanso y su vida cotidiana. Precisa opioides mayores y debe ser tratado por el especialista en dolor.

### Escala Analgésica de la O.M.S

El tratamiento del dolor relacionado con el cáncer se fundamenta en el uso de analgésicos y coanalgésicos si se sigue la escala analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta escala permite lograr un buen control del dolor en aproximadamente el 80% de los casos. Existen unas normas de uso de la escala analgésica:

1. Es esencial medir la intensidad del dolor para su manejo y seguimiento. Generalmente, se emplean escalas unidimensionales como la escala verbal numérica o la escala visual analógica (EVA).
2. La progresión de un escalón al siguiente depende del fracaso en el escalón anterior. Inicialmente, se prescriben analgésicos del primer escalón, excepto con pacientes que ya manejen medicación de un escalón superior o el dolor visiblemente se compruebe que es intenso. Si no hay mejoría, se pasa a los analgésicos del segundo escalón, combinados con los del primer escalón y, si es necesario, se agregan coadyuvantes, como el caso de corticoides. Si el paciente no mejora, se inicia el uso de opioides potentes, combinados con los del primer escalón y los coadyuvantes pertinentes.
3. Si no hay eficacia en un escalón, cambiar a fármacos de ese mismo escalón puede no mejorar la analgesia (excepto en el escalón 3, donde existe una gama muy amplia de opciones).
4. Si el segundo escalón no es efectivo, no se debe retrasar la progresión al tercer escalón.
5. La prescripción de coanalgésicos se basa en la causa del dolor y debe mantenerse al avanzar en la escala.
6. No se deben combinar opioides débiles con opioides potentes, una práctica muy común en nuestro medio, por ejemplo: morfina sumada a tramal.
7. Se debe prescribir una cobertura analgésica para el dolor irruptivo.

## Tipos de Escalas del Dolor

1. Para evaluar el dolor en niños en etapa preverbal o con dificultades/imposibilidad de comunicación se utilizan escalas observacionales. Para aquellos menores de 3 años se emplea la escala fisiológico-conductual de Susan Givens Bells.
2. En el caso de niños que pueden autorreferirse se utilizan escalas específicas. Para niños de 3 a 6 años se emplean las escalas de Wong-Baker FACES ® *Pain Rating Scale*. Para niños de 6 a 12 años se utilizan escalas numéricas y la escala analógica visual. Y finalmente, para niños mayores de 12 años se utiliza la escala verbal para evaluar su nivel de dolor como nos detallan Zubimendi *et al.* (2022)

Es de suma importancia utilizar escalas de evaluación del dolor en niños, especialmente en aquellos que no pueden comunicar verbalmente su malestar. Estas escalas permiten a los profesionales de la salud identificar y tratar el dolor de manera adecuada, al evitar posibles complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Además, al utilizar escalas específicas para niños de acuerdo a la edad, se garantiza una evaluación más precisa y confiable del dolor, lo que facilita la toma de decisiones en cuanto al tratamiento a seguir. Esto contribuye a una atención más efectiva y personalizada, adaptada a las necesidades individuales de cada paciente.

## Otras clasificaciones:

<b>Tipo escala</b>	<b>Características</b>	<b>Numeración Interpretación</b>
<b>Escala numérica (EN)</b>	Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.	0 = sin dolor 10 = máximo dolor
<b>Escala categórica (EC)</b>	Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico.	0 (nada) 4 (poco) 6 (bastante) 10 (mucho)
<b>Escala visual analógica de intensidad</b>	Consiste en una línea horizontal de 10 cm; en el extremo izquierdo está la ausencia del dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.	0 = nada 10 = insopportable
<b>Escala analógica visual (EVA)</b>	Permíteme medir la intensidad del dolor con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros	Sin dolor Máximo dolor
<b>Escala visual analógica de mejora</b>	Consiste en la misma línea; en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho a la mejora total.	0 = no mejora 10 = mejora

**Figura 3: Escalas más utilizadas para la valoración del dolor**

Fuente: (Vicente-Herrero et al., 2018)

Junto con las escalas, son de uso habitual los cuestionarios. Entre ellos destacan por su aplicación más generalizada: el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ), Cuestionario de Dolor en Español (CDE), Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD), Cuestionario DN4 (DN4), Inventory Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI), Test Lattinen, Cuestionario Breve del Dolor (*Brief Pain Inventory*), Escalas de valoración del dolor neuropático: *The LANSS Pain Scale, The Neuropathic Pain Questionnaire* (NPQ), *Pain DETECT*. (Vicente-Herrero et al., 2018)



**Figura 4:** Una buena comunicación permite evaluar el dolor con herramientas clínicas validadas.

Fuente. Sacado de la Web

<b>Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ)</b>	Es uno de los más utilizados. Explora las esferas sensorial y afectiva. A los pacientes se les pide que escojan un adjetivo de cada 20 subclases de grupos de adjetivos. Cada palabra se asocia a una puntuación específica. Los índices de dolor se calculan para la puntuación total, así como para cada dimensión. Es útil para discriminar entre pacientes que tienen clases diferentes de dolor. Existe una adaptación española.
<b>Cuestionario de Dolor en Español (CDE)</b>	Dirigido a población general con dolor agudo o crónico. Cuestionario autoadministrado con varias dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa.
<b>Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD)</b>	Dirigido a población general con dolor de una duración superior a 6 meses. Cuestionario autoadministrado de 31 ítems distribuidos en 6 subescalas. Sirve para explorar el afrontamiento del dolor crónico y sus áreas.
<b>Cuestionario DN4 (DN4)</b>	Consta de siete ítems referidos a síntomas y tres referidos a la exploración. Es fácil de puntuar. Una puntuación total de 4/10 o mayor sugiere dolor neuropático. Se ha validado en 15 idiomas, entre ellos el español.
<b>Test de Lattinen</b>	Es muy utilizado en las Unidades de Dolor y valora diferentes aspectos que, sumados, dan una idea general del estado del paciente. Es fácil de utilizar y ha sido validado recientemente.

<b>Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI)</b>	Consta de 52 ítems agrupados en 12 escalas que se distribuyen en tres partes: 1 <sup>a</sup> (20 ítems), que evalúa 5 escalas de la experiencia de dolor (intensidad, interferencia en áreas de la vida del paciente, insatisfacción con su situación actual, visión del apoyo que recibe de otros, control que percibe tener sobre su vida, estados de ánimo negativos); 2 <sup>a</sup> (14 ítems) en tres escalas, que evalúan las respuestas de los allegados a las demostraciones y quejas del dolor del paciente, y 3 <sup>a</sup> (18 ítems), que evalúa la participación del paciente en diferentes tipos de actividades diarias.
<b>Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory)</b>	Desarrollado originalmente para el dolor oncológico; es muy utilizado en clínica e investigación para evaluar la intensidad e impacto del dolor y los efectos del tratamiento analgésico. Hay dos versiones, la larga y la corta, ambas validadas en español.
<b>The LANSS Pain Scale</b>	Contiene cinco síntomas y dos ítems de examen clínico. Una puntuación de 12 o más de 24 posibles, sugiere dolor neuropático. Está validado en español.
<b>The Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ)</b>	Consiste en 12 ítems que incluyen 10 referidos a sensaciones o respuestas sensoriales y dos referidos al afecto. Existe una forma corta. Tiene poder discriminativo entre dolor neuropático y no neuropático.
<b>Pain DETECT</b>	Incorpora un cuestionario autorrellenable con nueve ítems que no requiere examen clínico. Está validado en español.

**Figura 5: Cuestionarios/Instrumentos de Valoración del dolor**

Fuente: (Vicente-Herrero et al., 2018)

Las escalas y cuestionarios son herramientas útiles para evaluar el dolor, aunque ninguna de ellas puede ser considerada concluyentemente como la más válida. La elección de la escala a utilizar dependerá de la experiencia del investigador y del objetivo buscado en cada caso, así como la forma en la que responde el paciente al mismo. Es importante tener en cuenta que independientemente de la causa, tipo e intensidad del dolor, existen múltiples factores que pueden influir en la duración, intensidad e impacto o discapacidad de la sensación dolorosa, los cuales no están directamente relacionados con la causa subyacente. Estos aspectos deben ser considerados para una evaluación integral más efectiva y siempre se debe partir de una historia clínica que abarque todos los aspectos que rodean la sintomatología y las condiciones específicas de la persona afectada.

La escalera analgésica del dolor, también conocida como asensor analgésico de la OMS, es comúnmente utilizada. Esta estrategia permite el uso de medicamentos del primer o tercer escalón, e incluso la combinación de diferentes medicamentos. Por lo general, se prefiere la vía oral para la administración de medicamentos, a menos que existan circunstancias como vómitos, mucositis o disfagia, en cuyo caso se pueden utilizar otras vías como la intravenosa.



**Figura 6:** Escala analgésica de la OMS

Fuente: (Díaz, 2005)

Existen medicamentos que tienen un límite máximo de efectividad analgésica, es decir, una vez que se alcanza la dosis máxima, aumentar la dosis no proporcionará un mayor alivio del dolor y solo aumentará la toxicidad. Estos medicamentos son recomendados para tratar el dolor de intensidad leve a moderada. No se deben combinar dos medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) al mismo tiempo; una práctica que sí se observa en ramas como la pediatría, pero que no presenta beneficios en nuestro caso, recordemos que aquí también se encuentra el paracetamol, que no se considera un AINE.

## **Paracetamol**

El nombre internacional recomendado sin propietario para el fármaco es Acetaminofen (acetil-p-aminofenol). Este medicamento fue sintetizado por Morse en 1878 y fue introducido en la medicina por Von Mering en 1893 como un antipirético y analgésico. Inicialmente, se usaba raramente en lugar de la fenacetina. Sin embargo, en la década de 1950 se descubrió que el paracetamol era el principal metabolito de la fenacetina y tenía una mejor tolerancia en términos de nefotoxicidad. Desde entonces, el paracetamol reemplazó ampliamente a la fenacetina y se convirtió en un medicamento de uso común (Tornero & Montero, 2021). El paracetamol actúa al inhibir las ciclooxygenasas (COX-1, COX-2 y COX-3), y también participa en el sistema endocannabinoide y las vías serotoninérgicas.

Además, afecta los canales de potencial receptor transitorio (TRP) y los canales dependientes del voltaje, como los canales de potasio Kv7 y los canales de calcio tipo T (Cav). También influye en la vía

de síntesis de óxido nítrico (NO) a través de la L-arginina. Sin embargo, no todos estos efectos han sido confirmados de manera concluyente. El paracetamol es conocido por su eficacia como analgésico y antipirético, y es uno de los medicamentos más utilizados para aliviar el dolor y reducir la fiebre, además que sus efectos secundarios son pocos en comparación a los AINEs, incluso algunos profesionales lo consideran lo más cercano a la panacea. Sin embargo, se debe recordar que el paracetamol puede tener efectos adversos si se consume en dosis elevadas o durante un periodo prolongado de tiempo.

El paracetamol puede causar daño hepático si se toma en dosis excesivas. Por lo tanto, es importante seguir las indicaciones de dosificación y no exceder la cantidad recomendada en un periodo de 24 horas. Además, evitar consumir alcohol mientras se toma paracetamol, ya que el alcohol puede aumentar el riesgo de daño hepático. Otro efecto secundario a tener en cuenta, es la toxicidad renal inducida por el paracetamol. En casos de sobredosis o consumo crónico, el paracetamol puede causar lesiones en los riñones y afectar su función. Por lo tanto, es obligatorio utilizar el paracetamol con precaución y consultar a un médico si se experimentan síntomas de toxicidad renal, como cambios en la micción o dolor en la zona lumbar.

**Mecanismo de acción.** El medicamento tiene propiedades analgésicas y antipiréticas. En el sistema nervioso central, inhibe la síntesis de prostaglandinas y bloquea la generación de señales de dolor a nivel periférico. Además, actúa en el centro hipotalámico encargado de regular la temperatura corporal.

**Indicaciones terapéuticas.** Oral o rectal: Fiebre; dolor de cualquier etiología de intensidad leve o moderado, dolor moderado y fiebre, a corto plazo, cuando existe necesidad urgente o no son posi-

bles otras vías.

**Posología.** Oral en adultos: 1g/6-8 h o adultos y niños > 12 años: 500-650 mg/4-6 h; máx. 4 g/día. Niños desde 0 meses: 15 mg/kg/6 h o 10 mg/kg/4 h. I.R.: Clearance de creatinina < 10 ml/min: intervalo mín. entre tomas, 8 h; Clearance creatinina 10-15 ml/min, 6 h. Ancianos, reducir dosis en un 25%.

**Rectal:** niños: 15 mg/kg cada 6 h o 10 mg/kg cada 4 h. No sobrepasar los 60 mg/kg para niños con peso < a 25 kg y los 80 mg/kg con peso entre 25-37 kg. Adultos y adolescentes: 600-1.300 mg/6 h, máx. 5g/día.

**Intravenosa:** (perfusión de 15 min): dosis según peso del paciente (Vademecum, 2022).



**Figura 7:** La dosificación analgésica debe ser individualizada y manejada por especialistas en dolor.

Fuente. Sacado de la Web

Posología paracetamol IV				
Peso del Paciente	Dosis / administración	Volumen / Administración	Volumen / Administración según los límites superiores de peso del grupo (ml)*	Dosis Máxima Diaria
<= 10 kg	7,5 mg/kg	0,75 ml/kg	7,5 ml	30 mg/kg
> 10 kg y <= 33 kg	15 mg/kg	1,5 ml/kg	49,5 ml	60 mg/kg (sin exceder 2 g)
> 33 kg y <= 50 kg	15 mg/kg	1,5 ml/kg	75 ml	60 mg/kg (sin exceder 3 g)
> 50 kg con factores de riesgo adicionales de hepatotoxicidad	1 g	100 ml	100 ml	3 g
> 50 kg y sin factores de riesgo adicionales de hepatotoxicidad	1 g	100 ml	100 ml	41 g

\*Los pacientes que pesen menos requieren volúmenes más pequeños.

**Figura 8: Posología paracetamol IV**

Fuente: Vademecum. Paracetamol, 2022.

**Contraindicaciones.** Las contraindicaciones para el uso del paracetamol incluyen hipersensibilidad al paracetamol o al clorhidrato de propacetamol (un profármaco del paracetamol), insuficiencia hepática grave, hepatitis viral, y antecedentes recientes de rectitis, anitis o rectorragias (en su forma rectal). Es necesario tomar precauciones en casos de insuficiencia hepática, hepatitis aguda, consumo de sustancias que afectan la función hepática, deshidratación por abuso del alcohol y malnutrición crónica. El paracetamol no se recomienda para personas con alcoholismo crónico, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca grave, afecciones pulmonares, anemia, y para asmáticos sensibles a la aspirina. En alcohólicos o en caso de insuficiencia hepática, no se debe exceder la dosis de 2 g de paracetamol al día.

Los cuadros tóxicos por paracetamol pueden ocurrir tanto por una sobredosis única como por varias dosis excesivas. Se debe suspender su uso ante el primer signo de erupción cutánea o cualquier otro signo de hipersensibilidad grave. En la administración intravenosa se debe tener precaución en casos de malnutrición crónica y deshidratación, y para prevenir sobredosis se recomienda prescribir la dosis en mililitros. El paracetamol se utiliza ampliamente en el tratamiento del dolor oncológico debido a su eficacia en el dolor leve y la posibilidad de combinarlo con opioides débiles y opioides potentes para potenciar su efecto analgésico. Sin embargo, es importante considerar el tratamiento que el paciente recibe en ese momento, ya que se ha observado una disminución en la respuesta a la inmunoterapia oncológica en pacientes que toman paracetamol.

Un estudio realizado por investigadores franceses encontró una asociación significativa entre el uso de paracetamol y una

menor respuesta a los inhibidores de puntos de control inmunitario en pacientes con cáncer avanzado. Los pacientes que tomaron paracetamol al comienzo de la inmunoterapia mostraron una peor supervivencia global y una peor supervivencia libre de progresión en comparación con aquellos que no tomaron el analgésico. Estos hallazgos indican la necesidad de tener precaución en el uso de paracetamol en pacientes con cáncer que reciben bloqueadores de puntos de control inmunitario. Este estudio fue presentado en el Congreso Anual de *la American Society of Clinical Oncology* (ASCO) de 2022 y publicado en *Annals of Oncology*.

### **Antiinflamatorios no esteroides (AINEs)**

La evidencia disponible señala que la eficacia analgésica y la seguridad entre los diversos tipos de AINEs administrados varía considerablemente. Estos pueden administrarse solos o con opiáceos débiles o potentes. Su combinación presenta superioridad analgésica comparada con la administración aislada de ambos, y su eficacia variará al depender del tipo y origen del dolor. En cuanto a los inhibidores selectivos de la COX-2, se dispone de escasas publicaciones relacionadas con ellos, sin embargo, sus propiedades antiinflamatorias y analgésicas los colocan como posibles alternativas (Díaz-Juvier *et al.*, 2019). Previo al inicio de cualquier tratamiento con un AINE o con medicamentos inhibidores selectivos de la COX-2 es imprescindible valorar el riesgo-beneficio en cada uno de los pacientes, e individualizar el tratamiento de acuerdo a las características particulares. Durante el empleo de AINEs se recomienda:

- a. Evaluar periódicamente la función renal y ajustar las dosis de AINEs en base a la depuración de creatinina.

- b. No utilizar AINEs por más de cinco días seguidos.
- c. No prescribir dos o más medicamentos con mecanismos de acción similares, como dos AINEs, un Inhibidor de COX-2 y un AINE, o una combinación de AINE o inhibidor COX-2 con esteroides.
- d. Utilizar la combinación de AINEs o inhibidores de COX-2 con paracetamol de manera adecuada y bajo supervisión médica (Diaz-Juvier *et al.*, 2019).

Los medicamentos AINEs fueron recetados por primera vez en el año de 1917 bajo el hallazgo de la aspirina, lo que generó que a partir de la década de los cincuenta se produjeran grandes cantidades de medicamentos AINEs no selectivos. Actualmente constituyen uno de los grupos de fármacos prescritos con mayor frecuencia a nivel mundial. Dado sus altos niveles de aceptación, demanda y disponibilidad, los medicamentos AINEs son adquiridos bien sea con receta médica o bajo la libre venta.

**Mecanismo de acción.** Se genera mediante la inhibición en la producción de prostaglandinas (PG); método común en todos los medicamentos AINEs. Uno de los objetivos terapéuticos de los AINEs que fue identificado por primera vez en 1971 por Sir John Vane fue la ciclooxigenasa, enzima que demuestra que las sustancias antiinflamatorias obstruyen la biosíntesis de la PG al contribuir al desarrollo de un conjunto de funciones fisiopatológicas y fisiológicas (Espinoza, 2021).

**Clasificación.** Se presenta a continuación la clasificación de los principales medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINEs), organizados en función de seis categorías: salicilatos, derivados del ácido propiónico, derivados del ácido acético, oxicams,

derivados del ácido antranílico, y los inhibidores selectivos de la COX-2. Esta clasificación facilita la comprensión de las diferentes familias de AINEs y sus características específicas.

<b>Antiinflamación no esteroideos</b>	<b>Descripción</b>
<b>Salicilatos</b>	Ácido acetilsalicílico Naproxeno Ibuprofeno Ketoprofeno
<b>Propiónicos</b>	Flurbiprofeno Dexibuprofeno Dexketoprofeno Aceclofenaco Diclofenaco
<b>Acéticos</b>	Ketorolaco Indometacina Meloxicam
<b>Oxicams</b>	Piroxicam Tenoxicam
<b>Antranílicos</b>	Ácido mefenámico Celecoxib
<b>Inhibidores selectivos de la COX 2</b>	Etoricoxib Parecoxib

**Figura 9:** Clasificación de los principales medicamentos aine.

Fuente: (Espinoza, 2021).

## Clasificación de los medicamentos AINEs según la estructura química y vida plasmática

Antiinflamatorios no esteroideos	Descripción	Vida media larga	Vida media corta
Salicilatos	Acetilato de lisina, ácido acetilsalicílico, fosfosal, diflunisal, salsalato	Fosfosal, diflunisal	Salsalato, acetilato de lisina, ácido acetilsalicílico
Pirazolonas	Fenilbutazona	Fenilbutazona	
Indolacéticos	Tolmetín, indometacina, acemetacina, sulindaco	Sulindaco	Tolmetín, indometacina
Arilacéticos	Aceclofenaco, nabumetona, diclofenaco	Nabumetona, aceclofenaco	Diclofenaco, ibuprofeno, ketoprofeno, flurbiprofeno
Arilpropiónicos	Naproxeno, flurbiprofeno, ibuprofeno, ketoprofeno	Naproxeno	
Oxicams y análogos	Tenoxicam, piroxicam, meloxicam	Tenoxicam, piroxicam, meloxicam	
Inhibidores selectivos de la COX-2	Etoricoxib, celecoxib, lumiracoxib	Etoricoxib, celecoxib, lumiracoxib	

**Figura 10:** Clasificación de los medicamentos aines según la estructura química y la vida plasmática

Fuente: (Espinoza D, 2021).

Recientes investigaciones han propuesto una nueva clasificación de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) en cuatro categorías distintas: inhibidores no selectivos de la COX, inhibidores selectivos de la COX-2, inhibidores preferenciales de la COX-2 y analgésicos antipiréticos. Esta clasificación permite una mejor comprensión de los mecanismos de acción y usos terapéuticos de los diferentes AINEs.



**Figura 11:** *El uso responsable de opioides es parte esencial de la buena práctica médica.*

Fuente. Sacado de la Web

<b>Antiinflamatorios no esteroideos</b>	<b>Descripción</b>
	Salisitatos: aspirina, salicilatos de sodio.
	Derivados del ácido propiónico: ibuprofeno, naproxeno, ketoprofeno, flurbiprofeno.
	Derivados del ácido antranílico: ácido mefánico, ácido meclofenámico.
<b>Inhibidores de COX no selectivos</b>	Derivados aril-acéticos: diclofenaco, aceclofenaco.  Oxicams: piroxicam, tenoxicam.  Derivados de pirolopirol: Ketonolac.  Derivados de indol: indometacina.  Derivados de pirozolona: fenilbutazona, oxifenbutazona.
<b>Inhibidores de COX-2 preferenciales</b>	Nimesulida, meloxicam, nabumetone celecoxib, rofecoxib, parecoxib.
<b>Inhibidores selectivos de la COX-2</b>	Celecoxib, rofecoxib, etoricoxib, parecoxib.  Paraminofenol: paracetamol.
<b>Analgésicos antipiréticos</b>	Derivado de pirazolona: metamizol, propifenazona.

**Figura 12:** Clasificación actual de los medicamentos aines

Fuente: Espinoza D, 2021.

**Efectos.** Suelen manifestarse rápidamente, todo depende del objetivo terapéutico. Inicialmente, no combinar AINEs de venta libre, con aquellos recetados por médicos y evitar modificar las dosis prescritas para prevenir efectos secundarios. Además, se debe evitar administrar aspirina a adolescentes con ciertos virus o a niños menores de 12 años, ya que esto podría provocar el síndrome de Reye, una enfermedad que afecta al hígado y al cerebro.

**Recomendaciones.** Las directrices se deben seguir para el uso seguro de los AINEs, ya que su mal uso puede causar efectos secundarios graves como úlceras gástricas, hemorragias gastrointestinales, daño renal y problemas cardiovasculares. Por lo tanto, se deben seguir las indicaciones médicas y evitar la automedicación. Además, es esencial informar al médico sobre cualquier otra enfermedad que se padezca o medicamento que se esté tomando, ya que pueden existir interacciones peligrosas. Los AINEs no son adecuados para todos, y existen otras alternativas de tratamiento que pueden ser más seguras en ciertos casos. Los profesionales de la salud pueden ayudar a determinar la mejor opción para cada paciente.

**Contraindicaciones.** Se incluyen alergias y trastornos que aumentan el riesgo de hemorragias. No se recomienda su uso durante el tercer trimestre del embarazo, debido a la asociación con hemorragias maternas excesivas y toxicidad neonatal en la fase perinatal. Tampoco se deben utilizar durante la lactancia, ya que los medicamentos se eliminan a través de la leche materna. Además, los pacientes que estén por realizarse una cirugía deben abstenerse de tomarlos al menos siete días antes, para evitar riesgos asociados con la pérdida de sangre.

## Información sobre los medicamentos específicos

**Diclofenaco.** Este medicamento reduce el dolor y la inflamación al inhibir la producción de prostaglandinas en el cuerpo, al bloquear la enzima ciclooxygenasa (COX). Al disminuir la síntesis de estas sustancias que son mediadoras de la inflamación, el diclofenaco es eficaz en el tratamiento de diversas condiciones inflamatorias y dolorosas.

**Ibuprofeno.** Actúa como un antiinflamatorio y analgésico, y es comúnmente utilizado en el tratamiento de condiciones dolorosas con inflamación significativa, como los trastornos musculoesqueléticos y la artritis reumatoide leve. Además, el ibuprofeno inhibe tanto la COX-1 como la COX-2, lo que contribuye a su eficacia en la reducción del dolor y la inflamación.

**Ketorolaco.** Este medicamento se emplea para aliviar dolores moderados a intensos a corto plazo y no debe administrarse por más de 5 días debido a sus posibles efectos secundarios graves. Ketorolaco es particularmente eficaz debido a su potente inhibición de la COX-1 y COX-2, pero su uso prolongado o inapropiado puede llevar a complicaciones como úlceras gástricas, hemorragias gastrointestinales y problemas renales.

**Naproxeno.** Es un AINE con propiedades analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias. Se utiliza principalmente en el tratamiento de fiebre, condiciones inflamatorias y dolores de intensidad moderada a leve. Naproxeno es eficaz en la inhibición de la COX, lo que reduce la producción de prostaglandinas y alivia los síntomas asociados con la inflamación y el dolor. Además, se ha demostrado que tiene una vida media más larga en comparación con otros AINES, lo que permite una dosificación menos frecuente.

## Fármacos adyuvantes

Este grupo incluye esteroides, anticonvulsivantes, antidepresivos, antagonistas del receptor N-Metil-D-Aspartato (NMDA), anestésicos locales, agonistas beta-adrenérgicos, agonistas alfa-2, bifosfonatos, radiofármacos, entre otros. Se recomienda su uso una vez identificada la causa del dolor y cualquier comorbilidad asociada, o cuando sus beneficios superen el riesgo de efectos secundarios. Los bifosfonatos son considerados como tratamiento de primera línea para el dolor óseo metastásico en cáncer de mama, próstata, pulmón o mieloma múltiple, además de disminuir la morbilidad esquelética. Su uso se recomienda al detectar metástasis y debe continuarse hasta que su efectividad disminuya.

El dolor neuropático asociado al cáncer es común, y afecta hasta al 40 % de los pacientes con diversos síndromes de dolor oncológico. Para tratar el dolor neuropático, se utilizan varios medicamentos de eficacia modesta como adyuvantes:

1. antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina).
2. anticonvulsivantes (gabapentina, carbamazepina y pregabalina).
3. corticoides (dexametasona, prednisona).
4. agentes anestésicos transdérmicos (parches de lidocaína).

Según Díaz-Juvier *et al.* (2019), la gabapentina y la carbamazepina proporcionan un alivio adecuado del dolor neuropático en el 66% de los pacientes. La combinación de un opioide con gabapentina para el control del dolor ha mostrado efectos adversos como boca seca, constipación y sedación en pacientes oncológicos. Estudios recientes han sugerido el uso de anestésicos tópicos locales (parches de

lidocaína al 5%) para prevenir el dolor causado por procedimientos y aliviar el dolor neuropático localizado. El uso de ketamina levógira como analgésico para el dolor oncológico refractario debe ser supervisado por un especialista en alivio del dolor o en medicina paliativa.

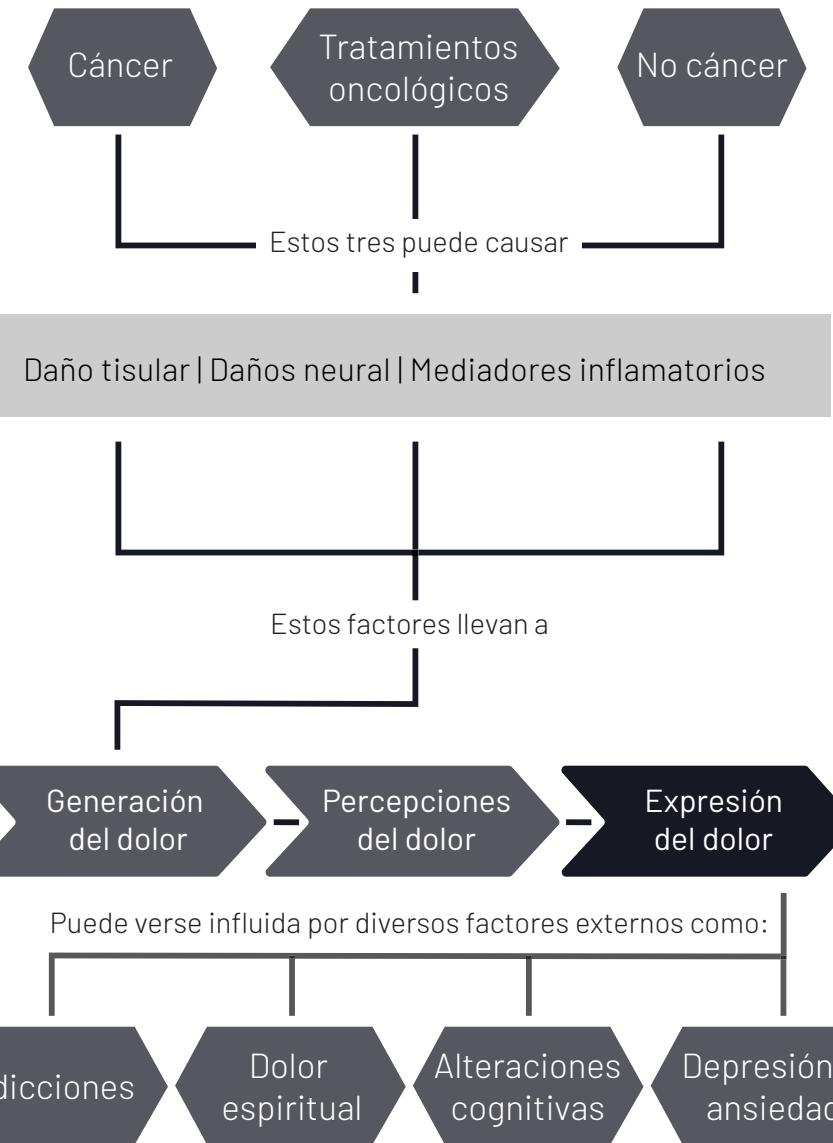
Para pacientes oncológicos que experimentan impotencia, es esencial abordar este aspecto de manera integral para mejorar su calidad de vida. Las opciones terapéuticas incluyen terapia sexual, medicamentos para la disfunción eréctil, terapia de pareja, asesoramiento psicológico y apoyo emocional. El paciente debe sentirse escuchado y comprendido en sus preocupaciones sobre la impotencia, y recibir un tratamiento adecuado y personalizado para abordar este aspecto de su salud. No existe mayor evidencia del beneficio del uso de corticoides en el dolor óseo asociado al cáncer y alivio de la obstrucción intestinal.

## Opioides

La palabra opio se deriva del griego *᷄πιον* que quiere decir ‘jugo’. El opio se obtiene de la secreción lechosa de la cápsula de la amapola, *Papaver somniferum* originaria de Asia Menor. Paracelso en el siglo XVI la volvió a popularizar en Europa en donde se había desacreditado por su toxicidad. En el siglo XVII en China se fumaba el opio. En 1840 el emperador Rao Kuang decretó la prohibición de fumar el opio. En 1806, el alemán Seturner aisló el opio al que llamó ‘Morphina’. Otro alcaloide del opio, la codeína, se descubre en 1835. Más tarde, en 1975, Golsdstein y Aranov descubrieron la presencia de sustancias peptídicas con actividad opiácea en la hipófisis, comprobándose la existencia de receptores opiáceos: *Mu*, *Kappa* y *Delta* (Resúmenes de Farmacología, 2018).

Los opioides presentan un gran beneficio en el dolor relacionado al cáncer por su gran seguridad, vías de administración, titulación fácil, confiabilidad y, sobre todo, eficacia, lastimosamente nuestro país en la región presenta el menor uso de los mismos, lo que resulta en una menor compra y disponibilidad de estos medicamentos (Portenoy *et al.*, 2023a).

**Mecanismo de acción.** Los opioides actúan uniéndose a receptores específicos, de los cuales los mejor caracterizados son los receptores *Mu*, *Kappa* y *Delta*. Estos receptores están presentes en los tejidos de todo el cuerpo, incluidos los sistemas nerviosos central y periférico (Portenoy *et al.*, 2023b). Con base en sus efectos sobre el receptor *mu*, los opioides se dividen convencionalmente en agonistas puros del receptor *mu*, agonistas-antagonistas (de los cuales hay dos subtipos: agonistas parciales y agonistas-antagonistas mixtos) y antagonistas puros del receptor *mu*. Los antagonistas del receptor *mu* no tienen propiedades analgésicas intrínsecas; se utilizan para prevenir o revertir los efectos de los opioides.



**Figura 13:** Vía de expresión del dolor. Dolor total, el dolor se ve afectado por una serie de dominios, que lo que hacen es modular la expresión del dolor.  
Fuente: VLeiva-Vásquez & Pérez-Cruz, 2021.

En el ámbito oncológico se reconoce que el paracetamol es eficaz para pacientes con dolor leve. No obstante, la evidencia sobre los beneficios de añadir paracetamol a pacientes con dolor moderado a severo relacionado con el cáncer, que ya han recibido opioides, es inconclusa. Las prácticas internacionales varían: en Europa, los pacientes con dolor oncológico que inician opioides potentes continúan con paracetamol, mientras que, en Norteamérica, el paracetamol suele suspenderse. Los estudios disponibles sobre la efectividad del paracetamol como coadyuvante son limitados y, en su mayoría, se centran en pacientes ambulatorios con dolor crónico estable.

La falta de consenso en el uso del paracetamol como coadyuvante en el manejo del dolor oncológico moderado a severo resalta la necesidad de más investigaciones rigurosas. Estudios adicionales que evalúen su eficacia y seguridad en diversas poblaciones de pacientes sobre todo en países como el nuestro o de la región, así como en diferentes entornos clínicos, son de suma importancia para establecer pautas claras y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. En un estudio realizado en Chile, recientemente publicado, se evaluó mediante la metodología Epistemonikos si la asociación de paracetamol a opioides fuertes tiene algún beneficio para las pacientes, como, por ejemplo, mejor analgesia, reducción en los requerimientos de opioides o disminución de efectos adversos.

En este trabajo, basado en cinco estudios aleatorizados que incluyeron 171 pacientes, se reconoció que:

- a. Agregar paracetamol a los opioides fuertes podría hacer poca o nula diferencia en el control del dolor oncológico, con una certeza de la evidencia baja.

- b. No está claro si agregar paracetamol a los opioides fuertes tiene algún beneficio sobre los requerimientos analgésicos en pacientes oncológicos, porque la certeza de la evidencia es muy baja.
- c. No está claro si agregar paracetamol a los opioides fuertes tiene alguna repercusión sobre el bienestar en pacientes oncológicos, porque la certeza de la evidencia es muy baja 26-30.

Otra revisión sistemática publicada en la revista Cochrane concluye que no existe evidencia que el paracetamol oral solo o en combinación con opioides sea beneficioso en los primeros dos peldaños de la escalera analgésica y no hay claridad del beneficio de este.

### **Efectividad del tapentadol en el paciente oncológico con dolor neuropático**

En aproximadamente el 60% de los pacientes con cáncer, la causa principal del dolor es de tipo nociceptivo, mientras que el 20% presenta un componente neuropático predominante, y el 20% restante tiene una combinación de ambos (conocido como dolor mixto). Por lo tanto, alrededor del 40% de los pacientes oncológicos pueden experimentar un síndrome doloroso con componente neuropático (Mimiaga-López et al., 2022). El tapentadol en nuestro medio tiene una gran ventaja que es la disponibilidad, la menor cantidad de reacciones adversas en comparación a similares como la oxicodeona, el rango de dosis que puede variar entre 100mg hasta 500mg al día, que se pueden aumentar cada 3 días en consonancia a la respuesta que se necesita obtener, y no necesita receta especial, aunque esto último puede ser un arma de doble filo.

Tapentadol es un analgésico de acción central que pertenece a una nueva clase de medicamentos llamados MOR-NRI (agonistas de los receptores opioides  $\mu$  e inhibidores de la recaptación de norepinefrina). Su efectividad analgésica es comparable a la de opioides fuertes clásicos como la oxicodona/naloxona en pacientes con dolor crónico, aunque no superior a estos. En cuanto al tratamiento se halló que, independientemente del medicamento empleado, se observó una mejora significativa en el manejo del dolor, tanto antes como después del tratamiento, reflejada en las escalas EVERA y DN4. Esto indicó que la Clínica del Dolor cumple su objetivo principal de lograr un manejo efectivo del dolor, lo que se traduce en una mejora de la calidad de vida de los pacientes.

El tapentadol mostró ser tan efectivo como otros tratamientos al realizar la rotación de opioides tras tres meses de terapia. No obstante, debido a su menor incidencia de efectos adversos se considera una opción de tratamiento de primera línea. Para llevar a cabo una rotación eficaz es necesario tener en cuenta el tiempo de acción y la equivalencia con otros opioides. El tapentadol usado de primera línea tuvo una dosis equivalente de morfina significativamente menor en comparación con el tramadol como fármaco de inicio (Mimiaga-López *et al.*, 2022).

**Morfina.** Opiáceo fuerte y natural con una biodisponibilidad que varía entre el 35% y el 75%. Se metaboliza en el organismo al producir morfina-3-glucurónido (M3G) y morfina-6-glucurónico (M6G) en una proporción de 2:1. Existe controversia sobre si el M6G, que tiene una alta afinidad por los receptores M<sub>2</sub> y M<sub>3</sub>, es más potente que la morfina. En pacientes con insuficiencia renal los metabolitos de la morfina pueden acumularse, lo que prolonga su efecto y puede causar

somnolencia y depresión respiratoria. En pacientes con cáncer, se prefiere administrar la morfina por vía oral o subcutánea. La potencia relativa de la morfina administrada por vía intramuscular en comparación con la oral es de 1:2 o 1:3, como mencionan Morales-Alpizar & Salas-Herrera (2004).

En el Ecuador tenemos el inconveniente de disponibilidad de su forma oral, ya que la ARCSA, como ente rector del control y vigilancia sanitaria, no permite su importación, y el único instituto al momento que cuenta con el permiso de importación es Solca. Este es un punto a tomar en cuenta en caso de pacientes tratados en domicilio, ya que la forma subcutánea no puede ser administrada sin entrenamiento adecuado, y no se puede visitar al paciente diariamente, por temas de movilidad, cuando se encuentra en domicilios de difícil acceso; se puede usar en este caso bombas elastoméricas de 24 o 48 horas o la oxicodona o tampentadol oral.

**Fentanilo.** Opiáceo fuerte y sintético con alta liposolubilidad. Funciona como agonista de los receptores de la morfina y tiene una duración de acción mucho más corta. Su potencia relativa en comparación con la morfina varía entre 1:20 y 1:30. Se utiliza principalmente para el manejo del dolor agudo, su disponibilidad es reducida, existe en forma parenteral, como parche, y recientemente de forma oral. Hay que recordar que su manejo debe ser realizado por el especialista en analgesia, y su seguimiento riguroso por los problemas que la historia nos ha demostrado que existen, en otros países, por su componente adictivo.

**Hidromorfona.** Opiáceo semisintético derivado de la morfina. Tiene una biodisponibilidad del 30% al 40% y su vida media es de 1.5 a 2 horas. Es especialmente útil en pacientes con insuficiencia

renal, actualmente existen tabletas en combinación con AINES que muestran buen resultado.

**Oxicodona.** Opiáceo semisintético y análogo de la morfina. Se absorbe bien por vía oral y su vida media es de 2 a 3 horas. Se elimina principalmente a través del riñón y su potencia aproximada es de 2 a 1 en relación a la morfina oral.

**Meperidina.** Opioide sintético con propiedades anticolinérgicas. Su alta liposolubilidad permite una acción rápida y de corta duración. No obstante, dosis repetidas superiores a 250 mg diarios pueden causar la acumulación de un metabolito tóxico llamado normeperidina, lo que puede inducir hiperexcitabilidad del sistema nervioso central y convulsiones, especialmente en pacientes con insuficiencia renal. Debido a estos riesgos y a su limitada disponibilidad, su uso no es muy común en nuestro entorno.

**Codeína.** Se considera un opioide débil y es una prodroga que se metaboliza en el cuerpo para producir morfina y ejercer su efecto analgésico. Tiene una alta relación de absorción oral a parenteral de 2:1. Dosis orales superiores a 200 mg pueden provocar náuseas y vómitos. Su uso estuvo prohibido durante un tiempo, especialmente en antitusígenos, debido a su potencial para ser utilizado en la fabricación de drogas ilegales.

**Tramadol.** Analgésico opioide vinculado con la aparición de convulsiones, especialmente cuando se administra junto con antidepresivos tricíclicos (ADTC), los cuales también inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina. El tramadol tiene una vida media de 6 horas y resulta beneficioso en pacientes con hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva e insuficiencia renal. De manera personal, no aconsejo el uso indiscriminado que tiene por

los efectos mencionados, está muy difundido en casi todo tipo de dolor, y poco a poco se sustituye por mejores terapias.

Clasificación de los opioides	Descripción
Opioides débiles	Codeína, Tramadol, Hidrocodona
	Se utiliza para dolor leve o moderado, generalmente el dolor categorizado entre 4 y 6.
Opioides fuertes	Fentanilo, Hidromorfona, Morfina, Metadona, Oxicodona
	Se utilizan para dolor severo. El fármaco de elección es la morfina, en la mayoría de los casos.

**Figura 14:** Clasificación de los opioides más usados

Fuente: (Morales-Alpizar & Salas-Herrera, 2004).

**Efectos secundarios de los opioides.** El manejo de los efectos secundarios es primordial para lograr una analgesia efectiva. En el caso de los pacientes oncológicos terminales no se ha establecido una dosis máxima de opioides, por lo que su administración dependerá de cada situación particular, como mencionan Morales-Alpizar & Salas-Herrera(2004). Los efectos secundarios de los opioides están influenciados por diversas variables, tales como: el tipo de fármaco, vida media, vía de administración, variabilidad genética, interacción con otros medicamentos, el nivel de dolor, la enfermedad subyacente y el estado emocional del paciente. A continuación, se numeran los efectos secundarios de los opioides:

1. **Neuromusculares:** reducen el consumo de oxígeno cerebral y ralentizan el electroencefalograma. A veces, pueden causar mioclonías y rigidez muscular si se acumulan.
2. **Sistema endocrinológico:** disminuyen los niveles de testosterona, aumentan los niveles de prolactina y pueden afectar la libido. También pueden causar el síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética.
3. **Sistema cardiovascular:** provocan vasodilatación periférica, y reducen la precarga en el edema pulmonar agudo. También pueden causar hipotensión ortostática y bradicardia debido al aumento del tono vagal.
4. **Sistema respiratorio:** actúan directamente sobre el tallo cerebral, lo que puede llevar a depresión respiratoria y reducción del reflejo de la tos. Su impacto en la respiración afecta más la expansión de la caja torácica que la porción diafragmática. Los recién nacidos y los adultos mayores son más susceptibles a la depresión respiratoria (Clemens *et al.*, 2008).
5. **Sistema gastrointestinal:** afectan significativamente el plexo submucoso, al disminuir los niveles de jugos gástricos, secreciones pancreáticas y biliares, y la peristalsis. Esto puede causar náuseas, vómitos, reflujo y estreñimiento. El estreñimiento inducido por opioides puede persistir durante todo el tratamiento, pero puede controlarse con medidas como: aumentar la ingesta de líquidos y fibra, realizar ejercicio moderado según el estado del paciente, y usar laxantes y blandadores de heces.
6. **Ginecológicos:** relajan el tono uterino y pueden atravesar la placenta.

7. **Inmunológicos:** reducen la respuesta inmunológica.
8. **Renales:** tienen un impacto insignificante en el riñón y se metabolizan principalmente en el hígado. Sin embargo, en casos de insuficiencia renal, puede ocurrir acumulación de metabolitos. La hidromorfona, la oxicodeina y el fentanilo no tienen metabolitos que causen efectos adversos.
9. **Dermatológicos:** pueden causar erupciones cutáneas o sensación de picor, aunque la causa no se comprende completamente. Antes de suspender su uso es recomendable considerar el uso de antihistamínicos o humectantes, como el aceite mineral.
10. **Neurológicos:** en casos raros pueden causar episodios de confusión, aunque no se entiende completamente la causa. En estas situaciones, se sugiere cambiar de medicamento o reducir la dosis y agregar un tratamiento complementario.

## Antieméticos

Las náuseas y vómitos se presentan de manera frecuente en pacientes diagnosticados con cáncer, ya sea por sus tratamientos o por su misma enfermedad, y presentan un gran problema, ya que conllevan a situaciones de angustia y depresión, como gran impacto para el paciente y su cuidador, que se ve impotente por querer frenar dichos síntomas. El control de las náuseas y los vómitos en este grupo de pacientes es esencial para mejorar su calidad de vida y facilitar la tolerancia al tratamiento médico. Además de las causas mencionadas, otras posibles razones para las náuseas y vómitos en pacientes con cáncer en cuidados paliativos pueden incluir com-

plicaciones gastrointestinales (úlceras, pancreatitis o colecistitis), efectos secundarios de otros medicamentos utilizados para tratar los síntomas de la enfermedad (como opioides, benzodiazepinas o corticosteroides) o factores psicológicos (ansiedad o depresión).

El manejo de las náuseas y los vómitos en pacientes con cáncer en cuidados paliativos debe ser individualizado y multidisciplinario, y se debe involucrar a profesionales de la salud de diversas disciplinas, como oncólogos, especialistas en cuidados paliativos, enfermeras, farmacéuticos y psicólogos. El tratamiento puede incluir cambios en la dieta y el estilo de vida, ajustes en la medicación, terapias farmacológicas (como antieméticos) y terapias complementarias. Tenemos que considerar el potencial de producir náuseas o vómitos en cada fármaco usado en quimioterapia, y por eso se ha considerado cuatro niveles emetógenos según la frecuencia en ausencia de antieméticos.

- **Alto:** más del 90% de riesgo de vómitos.
- **Moderado:** de 30% a 90% de riesgo de vómitos.
- **Bajo:** de 10% a 30% de riesgo de vómitos.
- **Mínimo:** menos del 10% de riesgo de vómitos.

En muchos casos la causa de las náuseas y los vómitos puede identificarse a través de la historia clínica y el examen físico, así también tener una lista completa de los medicamentos que el paciente utilice, tanto recetados, como de venta libre. Siempre se debe considerar la posibilidad de que las náuseas sean inducidas por medicamentos, ya que a menudo es posible suspender o cambiar los medicamentos problemáticos por alternativas. Los opioides, tramadol, medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINEs), suplementos de hierro, inhibidores selectivos de la recap-

tación de serotonina (ISRS), bupropión, antibióticos y quimioterapia o radioterapia pueden contribuir a las náuseas en pacientes de cuidados paliativos.

**Enfoques farmacológicos.** Los antieméticos utilizados en el contexto de cuidados paliativos incluyen antagonistas de los receptores de dopamina, histamina, serotonina (específicamente los del tipo 3 [5-HT<sub>3</sub>]) y muscarínicos (acetilcolina). Estas clases convencionales de antieméticos y agentes contra las náuseas han sido ampliamente utilizadas. Algunos de estos medicamentos como la clorpromazina y la olanzapina tienen afinidad por múltiples receptores y varían en su selectividad. Sin embargo, otros antieméticos con afinidad por diferentes receptores, como cannabinoides, grelina y agonistas del receptor de serotonina 5HT<sub>1A</sub> se han utilizado con menos frecuencia en pacientes con cáncer avanzado, pero podrían resultar útiles en el futuro.

La metoclopramida es un medicamento comúnmente utilizado, con una dosis adecuada de 10 mg por vía oral cada cuatro horas. Se ha observado que la metoclopramida de liberación controlada es más efectiva y puede mostrar mayor eficacia después de ocho días de tratamiento en comparación con el primer día. En pacientes con cáncer avanzado, la metoclopramida de liberación controlada se tolera bien durante el uso a corto plazo, sin un aumento en la frecuencia o gravedad de los efectos secundarios en comparación con el placebo. Para aquellos pacientes que no responden a una dosis dividida de 40 a 60 mg/día, se puede considerar una infusión intravenosa o subcutánea continua de hasta 4 a 5 mg/h (total de 100 a 120 mg/día).

También existe una presentación de aerosol nasal que se administra cuatro veces al día, con una dosis de 15 mg, en una fosa nasal

(30 minutos antes de cada comida y al acostarse), sin embargo, esta presentación es difícil de conseguir. En caso de que los pacientes con enfermedades terminales tengan contraindicaciones o no respondan adecuadamente a la metoclopramida, se pueden considerar otros agentes antieméticos de acción central, como haloperidol, clorpromazina (o levomepromazina, si está disponible) y olanzapina. Una opción que se tolera particularmente bien es la olanzapina.

Los pacientes que recibieron olanzapina también informaron menos episodios de vómitos, menos uso de otros medicamentos antieméticos, mejor apetito, menos sedación, menos fatiga y una sensación general de bienestar. Aunque se necesitan ensayos más grandes para demostrar los beneficios, la olanzapina parece ser una alternativa razonable a la metoclopramida en pacientes con cáncer avanzado que experimentan náuseas y vómitos crónicos sin una causa clara (Del Fabbro, 2021). Los corticoides por otro lado, se usan frecuentemente en cuidados paliativos para diversas circunstancias, entre estas las náuseas. Aunque no existen estudios concluyentes que nos puedan sugerir dicho uso por falta de eficacia frente a una terapia sola de antieméticos. Así mismo, existe bastante uso del ondasetron, sobre todo en su presentación sublingual, que tiene acción rápida, especialmente durante el tratamiento de quimioterapia hematogena.

# **Capítulo III**

## **Medicina Alternativa en Cuidados Paliativos**

Según la Organización Mundial de la Salud (2023), la medicina tradicional cubre varios tratamientos y prácticas diferentes en cada país y en cada región. En algunos países se llama medicina tradicional y complementaria. En Ecuador, forma parte del Ministerio de Salud Pública. La medicina tradicional, alternativa y complementaria en nuestro país tiene sus raíces en el pasado, y su efectividad ha sido reconocida durante muchos siglos. En las comunidades de indígenas, mestizos, montubios y agricultores, esta medicina se presenta como una alternativa consistente, y se aplica en varios centros y subcentros de salud, para mejorar la calidad de vida de los usuarios. Debemos tener en cuenta que los pacientes, sobre todo del sector rural, tienen gran confianza en este tipo de medicina, y se debe evaluar cada una para aceptar como recomendación, y solo en caso de reacciones adversas, verificadas, se debe desaconsejar.

Como menciona González et al. (2014) la medicina tradicional indígena resulta de las creencias, experiencias y conjuntos de saberes prácticos que se presentan en diferentes culturas. La medicina tradicional indígena se implementa para saber cómo mantener, prevenir, diagnosticar, mejorar y tratar el cuerpo de una persona, familia o comunidad; independientemente que sea una enfermedad física o mental. La medicina complementaria y alternativa se refiere a una serie de prácticas de salud que no están integradas en un 100%

en los principales sistemas médicos, no es parte de la tradición nacional del sistema sanitario principal. En la medicina herbal se utiliza productos agrícolas que incluyen hierbas, materiales herbales, preparaciones de hierbas, parte de los ingredientes activos de la planta o la combinación de estos elementos, aunque poco a poco ha ganado terreno en su uso, junto a la medicina basada en evidencia.

Las prácticas tradicionales de medicina que se basan en el conocimiento ancestral y la experiencia empírica se heredan a las siguientes generaciones, con ello logran fomentar respeto por las enseñanzas de sus antepasados. Aquellos que optan por medicamentos naturales y terapias complementarias suelen hacerlo por su desconfianza en las drogas sintéticas, y su preferencia por un enfoque más holístico y natural para el tratamiento de enfermedades. Aunque el comportamiento de enfermería puede resultar complicado de manejar, tanto los medicamentos tradicionales como alternativos y complementarios tienen el potencial de ofrecer efectos curativos similares en la salud de las personas.

## **Las plantas medicinales-medicina herbolaria**

### **Definición**

La OMS (1979) dice que una planta medicinal es cualquier sustancia que contenga vegetales que se pueden usar con fines terapéuticos, o cuyos ingredientes activos pueden servir como precursores para la síntesis de nuevos medicamentos, que pueden ser usados en la práctica diaria en los usuarios. Ecuador contribuyó de manera va-

liosa al uso de plantas medicinales en el área de la salud y bienestar, después de los primeros días de la conquista española. Por ejemplo: la zarzaparrilla, utilizada durante mucho tiempo para tratar la sífilis y enfermedades de la piel, y la cascarilla (o quina), que fue fundamental en el tratamiento de la malaria, y que salvó millones de vidas antes de la aparición de los agentes quimioterapéuticos. A pesar del avance de los tratamientos modernos, los medicamentos derivados de plantas no han sido completamente reemplazados (Moya, 2012).

El uso de plantas medicinales en Ecuador no solo tiene un importante valor histórico, sino que también es una práctica común en la medicina tradicional de muchas comunidades indígenas y campesinas en el país. Las plantas medicinales son utilizadas para tratar una variedad de enfermedades y dolencias de forma efectiva y segura, y muchos estudios científicos han demostrado su eficacia en el tratamiento de diversas enfermedades. Es fundamental que se continúe con la investigación y se promueva el uso de plantas medicinales en Ecuador, ya que representan una fuente importante de medicamentos naturales, que pueden ser accesibles para las poblaciones más vulnerables y con menos recursos. Además, su uso sostenible y respetuoso con el medio ambiente puede contribuir a la conservación de la biodiversidad y al desarrollo sostenible del país (Bermúdez *et al.*, 2005).

# **Medicina alternativa y complementaria**

## **Concepto**

La medicina alternativa y complementaria son los sistemas, prácticas y productos que generalmente no forman parte de la medicina convencional (Institutos Nacionales de Salud, 2011).

## **Generalidades**

La medicina complementaria se refiere al uso de terapias no convencionales conjuntamente con la medicina convencional y alternativa junto con la medicina convencional. La medicina alternativa hace referencia a la utilización de estas terapias como sustituto de la medicina convencional o en combinación con ellas. Estos métodos de manipulación con el cuerpo, estimulación de la mente, productos de origen natural (herbal) provienen de procesos integrales; todos ellos tienen por objetivo actuar sobre el estado físico y mental del paciente, y además son de origen completamente natural.

# **Medicinas reconocidas por el MSP del Ecuador**

## **Acupuntura**

Técnica de curación que trata en encontrar la armonía de la energía humana; tiene su origen en la tradición médica china, y consiste en la inserción de varias agujas de metal que son muy delgadas, en lugares del organismo muy específicos, conocidos como meridianos, en donde se necesita la energía necesaria para poder sanar.

Las agujas esterilizadas se insertan en puntos específicos del cuerpo, y estos puntos están relacionados con órganos que pueden causar dolor o malestar. A través de una o varias sesiones, los pacientes experimentan alivio de sus síntomas, y pueden llegar a experimentar bienestar emocional, lo que resulta en una mejora en la calidad de vida al liberar el flujo de energía bloqueado en su cuerpo. La acupuntura generalmente se usa como un corrector de efecto posterior a una cirugía o quimioterapia para liberar energía que produce estrés.

## **Acupuntura, acupresión y reflexología**

La acupuntura, la acupresión y la reflexología son técnicas terapéuticas que implican estimular puntos específicos del cuerpo para promover la salud y el bienestar. Mientras que la acupuntura utiliza agujas delgadas para la estimulación, la acupresión se basa en aplicar presión directa en los puntos pertinentes, y la reflexología se enfoca en pies, manos, orejas y cara. Estas prácticas forman parte de la medicina alternativa e integradora y se utilizan en el trata-

miento de diversas condiciones, incluido el cáncer. Es importante tener en cuenta los posibles riesgos y daños asociados con estas técnicas y seguir las indicaciones de un profesional calificado para su aplicación segura y efectiva (Strada & Portenoy, 2023). La acupuntura, la acupresión y la reflexología pueden ser tratamientos integrales efectivos para diversos dolores asociados con el cáncer.

En 2008, los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) y la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) declararon en un consenso que la acupuntura no es una terapia experimental, sino una práctica médica confiable, tan efectiva como los métodos convencionales para algunas condiciones clínicas, como náuseas y dolor, al mejorar así la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, no se deben utilizar los sitios de los tumores como puntos de punción, ya que esto podría provocar su diseminación a través del sistema sanguíneo. A pesar de que se afirma que la acupuntura puede ayudar a reducir el dolor relacionado con el cáncer y el dolor neuropático asociado, la falta de ensayos rigurosos y bien controlados con placebo dificulta la comprobación de su eficacia.

No obstante, las aplicaciones clínicas y la base de pruebas que respaldan los beneficios de la acupuntura, acupresión y reflexología se describen en las siguientes secciones, lo que resalta la importancia de continuar con la investigación y exploración de estas terapias complementarias en el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer.

## Acupuntura y terapias relacionadas

La acupuntura se ha estudiado en pacientes oncológicos para reducir las náuseas y los vómitos causados por la quimioterapia y la radiación, controlar el dolor y reducir los síntomas vasomotores en mujeres tratadas con antiestrógenos para el cáncer de mama, y en hombres tratados con análogos de gonadotropina para tratar el cáncer de próstata, reducir la fatiga relacionada con el cáncer y mejorar y prevenir la boca seca en pacientes que reciben radioterapia para el cáncer de cabeza y cuello. Desafortunadamente, la interpretación de los resultados de los ensayos controlados aleatorios se ve obstaculizada por el alto riesgo de sesgo en la mayoría de los estudios y la falta de estandarización de los tratamientos y los grupos de comparación.

### Náuseas y vómitos

Se han utilizado varias técnicas diferentes para estimular el sitio del pericardio 6 (P6 o neiguan), que comúnmente se cree que es útil en el tratamiento de las náuseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia, y posiblemente las náuseas inducidas por la radioterapia. Estos incluyen, estimulación manual con la inserción de agujas finas, electroestimulación a través de agujas o percutáneamente y presión no invasiva sobre la piel sobre el punto de presión P6 (es decir, acupresión). Los posibles beneficios y limitaciones de estos enfoques se ilustran en dos de los ensayos aleatorios más grandes:

a) En un ensayo aleatorizado (Bao, 2009), 739 pacientes que comenzaron quimioterapia con un régimen que contenía cisplatino o doxorrubicina fueron asignados aleatoriamente a bandas de

acupresión, una banda de acuestimulación o un control sin banda, además de los antieméticos estándar. Los pacientes que usaron las bandas de acupresión tuvieron significativamente menos náuseas el primer día que los pacientes control que no usaron la banda, pero no hubo diferencias en los vómitos agudos o en las tasas de náuseas tardías o emesis entre los grupos.

b) La electro acupuntura no invasiva de baja frecuencia en los puntos clásicos de acupuntura antiemética se evaluó en un ensayo (Song *et al.*, 2020) en el que 104 mujeres con cáncer de mama se asignaron aleatoriamente a la intervención activa, electroestimulación simulada en el mismo horario o ninguna intervención. Todos los pacientes recibieron farmacoterapia antiemética con tres fármacos y quimioterapia altamente emetogénica al mismo tiempo. El número de episodios de emesis que ocurrieron durante los cinco días fue significativamente menor para los pacientes que recibieron electro acupuntura, en comparación con los que recibieron el procedimiento simulado o la farmacoterapia antiemética sola (mediana del número de episodios, 5, 10 y 15, respectivamente). El efecto observado tuvo una duración limitada y para el día nueve, no hubo diferencias entre los dos grupos.

### **Control del dolor y xerostomía**

Aunque varios estudios han demostrado que la acupuntura puede ser beneficiosa para aliviar el dolor oncológico, una revisión sistemática sugiere que el valor de la acupuntura sigue sin determinarse. Por otro lado, se han sugerido los beneficios de la acupuntura en pacientes tratados por cáncer de cabeza y cuello.

Al menos cuatro ensayos aleatorios han demostrado que la acupuntura y la estimulación nerviosa eléctrica, similar a la acupuntura, mejoran la boca seca relacionada con el tratamiento. En un estudio (Kimmons, 2019) representativo de 70 pacientes con dolor y disfunción salival, tres meses o más después de la resección del cuello y la radioterapia por cáncer de cabeza y cuello, se les asignó aleatoriamente cuatro tratamientos: tratamiento de acupuntura semanal o atención habitual (fisioterapia, analgésicos, antiinflamatorios, drogas); no se describe el uso de sialagogos. No se especifica la duración del beneficio. Recientemente, dos pequeños ensayos aleatorios de pacientes tratados por cáncer de orofaringe mostraron que el uso profiláctico de la acupuntura podría prevenir la sequedad de boca inducida por la radiación.

### **Síntomas vasomotores**

La acupuntura, la acupresión y la reflexología pueden ser una terapia integradora efectiva para diversas enfermedades del cáncer. A pesar de esta declaración, fue difícil demostrar la efectividad de la acupuntura para pacientes con dolor por cáncer. Aunque algunos estudios han demostrado que la acupuntura y la electro-acupuntura pueden ser útiles para aliviar el dolor neuropático asociado con el tratamiento del cáncer, hay pocos estudios estrictos y bien implementados que incluyen un grupo de acupuntura de modelado, que simulen la acupuntura (conocidos como grupos de “acupuntura de modelado” o placebo) en los estudios que investigan la efectividad de la acupuntura y la electro-acupuntura para el tratamiento del dolor neuropático asociado al cáncer. Esto es importante porque la presencia de un grupo de placebo ayuda a determinar si los efectos

observados son realmente atribuibles a la acupuntura o si se deben a otros factores, como el efecto placebo (Strada & Portenoy, 2023).

## Masaje

Método de tratamiento utilizado desde la antigüedad para encontrar alivio a través del tacto. El masaje resulta de un conjunto de movimientos manuales, rítmicos, practicados en la superficie y el tejido blando del cuerpo (Vázquez, 2011). Puede centrarse en otros masajes, especialmente en el cuerpo, como el masaje que actúa a través de la presión, como también *shiatsu*, acupresión o masaje chino y otros que se centran específicamente en partes del cuerpo afectadas de cada paciente.

### Pueden ser tratados con masajes terapéuticos:

- Dolor de cabeza y jaquecas
- Cambios degenerativos en el cuello uterino
- Dolores del hombro
- Neuralgia sacra
- Cambios degenerativos en la articulación de la cadera y la rodilla

Un masajista es una persona que requiere un grado de preparación física y debe tener un buen dominio en los procedimientos de un masaje, el estado emocional del masajista es fundamental, puesto que el paciente busca esa armonía, los masajistas tienden a adoptar una buena alineación ya que esto les ayudará a reducir la fatiga física, prevenir lesiones, beneficiar a una mejor aplicación del masaje.

**Las manos.** Son las principales herramientas de los masajeadores, a través de ellas se logra un nivel de conocimiento del paciente pues las manos adquieren habilidades sensoriales. Deben protegerse siempre y mantenerlas elásticas, sensibles, no agrietadas o con cortaduras. Es importante hacer ejercicio para aumentar la movilidad como capacidad. Este procedimiento se llama quirogimnasia. Antes de iniciar cualquier actividad, es recomendable precalentar adecuadamente las manos. Este paso no solo es un requisito básico, sino también una medida preventiva indispensable antes de comenzar a trabajar

**El aceite de masaje.** Es importante usar el aceite, ya que ayuda a lubricar el área para que la persona que brinda el masaje pueda deslizar sus manos y al ejercer cierta presión no lastime al paciente. Los aceites, aparte de la lubricación que ofrecen, tienen propiedades medicinales pues se extraen de plantas medicinales, hecho último que se conoce de antaño.

La terapia de masaje en pacientes con cáncer avanzado, tratados por profesionales de cuidados paliativos, ha sido objeto de numerosos ensayos controlados aleatorios. Existen al menos dos revisiones sistemáticas que detallan Strada & Portenoy (2023) donde destacan los efectos del masaje en el alivio del dolor en pacientes bajo cuidados paliativos. La primera de ella, una revisión de 2009:

- a. Esta revisión incluyó 14 estudios, aunque la mayoría eran de baja calidad. De estos, 4 estudios proporcionaron suficiente información para concluir que el masaje puede aliviar distintos tipos de dolor en pacientes paliativos. A pesar de la calidad limitada de algunos estudios, la evidencia sugiere que el masaje puede ser útil para reducir el dolor en este contexto.

b. La segunda revisión examinó tres ensayos aleatorizados que investigaban el uso de masajes para el tratamiento del dolor en personas que reciben cuidados paliativos. Uno de estos ensayos ya había sido incluido en la revisión de 2009. Los tres estudios mostraron resultados positivos, al indicar que el masaje puede tener beneficios en el manejo del dolor en este grupo de pacientes.

Los médicos que derivan a un paciente con cáncer a un terapeuta de masaje deben asegurarse de que la información sobre los riesgos potenciales se transmita al terapeuta. Los terapeutas deben individualizar el tratamiento para minimizar los riesgos y, sobre todo, evitar las zonas sensibles, y tener mucho cuidado en pacientes con riesgos de fracturas patológicas por metástasis óseas o en caso de osteosarcomas; durante la consulta he verificado casos de fracturas cervicales provocadas por masajes a nivel de columna, por ejemplo.

## Aromaterapia

Se trata de una terapia completa que considera tratar tanto la mente como el cuerpo de las personas que buscan ayuda, así como su entusiasmo y estilo de vida, e incluye sus hábitos alimenticios. La aromaterapia consiste en el uso de sustancias naturales con un aroma agradable, llamadas aceites esenciales, que son extraídas de plantas, aunque la mayoría de las plantas pierden parte del principio activo cuando se cultivan (Salles & Silva, 2008). El término aromaterapia se utilizó por primera vez en este siglo XX, aunque la práctica de usar aceites esenciales de plantas como tratamiento se basa en principios muy antiguos.

El químico francés René-Maurice Gattefossé es considerado el padre de la aromaterapia moderna. En 1937, publicó un libro titulado *Aromathérapie: Les Huiles Essentielles, Hormones Végétales*, donde documentó su investigación sobre los aceites esenciales, al destacar sus propiedades curativas, especialmente tras una experiencia personal, al curarse una quemadura con aceite de lavanda.

**Extracción de los aceites.** Hay más de dos métodos o formas de extraer los aceites esenciales: el primero a través de destilación por vapor que consiste en introducir materias primas junto con agua, el vapor producido penetra varias capas de algodón, de ahí que los aceites esenciales se absorben lo suficiente para ser exprimidos. El segundo más relevante resulta de la extracción del aceite de la piel de las frutas - como mandarina, naranjas y limón - cuyo procedimiento consiste en presionar o rayar para ser recolectados en una esponja que luego se exprime (Salles & Silva, 2008).

**Forma de usar los aceites esenciales y las plantas.** Estos deben aplicarse a la piel a través del masaje, inhalarse o ingresar como parte de las sustancias y compresas de plantas medicinales, no deben ingerirse (Salles & Silva, 2008). Se recomienda realizar una prueba cutánea antes de aplicar los aceites esenciales, ya que la respuesta de cada persona al uso de estos productos puede variar. Estos aceites no deben usarse diariamente, a menos que haya una razón específica, ya que son de naturaleza medicinal.

## Hidroterapia

El método que utiliza agua con fines terapéuticos, aplicándola de manera térmica, mecánica o química, se conoce como hidroterapia. Esta técnica se emplea para tratar una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones. Sus aplicaciones van desde el tratamiento de patologías hasta la prevención de condiciones primarias relacionadas con la edad avanzada, traumas o enfermedades crónicas. Áreas de enfoque incluyen la reumatología, neurología, enfermedades cardiovasculares, oncología, trastornos metabólicos y pulmonares. Además, es útil para la rehabilitación de pacientes antes y después de cirugías, al facilitar la recuperación y mejorar la calidad de vida (Pazos & González, 2002). El agua fría estimula la circulación, incrementa el ritmo cardíaco, tonifica los músculos y tiene propiedades antiinflamatorias. Además, el agua fría se emplea en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.

**Según sea el origen del agua se da algunos nombres**

- **Hidroterapia:** sesiones en actividades de agua dulce.
- **Crenoterapia, balneoterapia:** aguas del manantial o agua caliente termales.
- **Talasoterapia:** Agua de mar.

**Tipos de hidroterapia:** mecánica, térmica y química.

**Hidroterapia mecánica**

- **Empuje:** consiste en sumergir el cuerpo en agua, y ayuda a ejercitar los músculos que están restringidos debido al peso mucho menor en el agua.

- **Compresión:** el agua ejerce una fuerza sobre el cuerpo, y de esta manera crea presión sobre los músculos, nervios y venas. Se utiliza como método de relajación en el tratamiento de las varices.
- **Resistencia hidrodinámica:** gracias a las características del agua se la utiliza como medio para realizar ejercicios, con ello se fortalecen los músculos.
- **Presión:** Se dispara agua a través de una boquilla o ducha para ayudar a relajar y estimular el sistema nervioso.

### **Hidroterapia térmica**

El agua tibia tiene un efecto relajante y calmante, tonifica los músculos, mejora la circulación al dilatar los vasos periféricos, proporciona un alivio leve del dolor; el agua fría estimula el sistema circulatorio, aumenta el ritmo cardíaco, actúa como un tónico muscular, antiinflamatorio y trata enfermedades mentales (Pazos & González, 2002). El agua caliente posee propiedades relajantes pues favorece el descanso muscular, actúa como sedante y mejora la circulación sanguínea mediante la dilatación de los vasos sanguíneos periféricos. También puede aliviar dolores leves. El agua templada se usa principalmente como sedante.

### **Hidroterapia química**

Esta tipología utiliza agua junto con sustancias químicas, propias o añadidas, con la finalidad de conseguir diversos objetivos en correspondencia al tratamiento deseado.

#### **Técnicas que se pueden utilizar.**

- Movimiento (activo o pasivo) con o sin resistencia, ejercicio acuático.

- **La ducha:** moderada intensidad.
- **General:** baños, está a diferente temperatura.
- **Local:** chorro, lluvia, como en el caso de cascadas.
- Terapia de calor con baño turco, sauna, baño de vapor.

**Beneficios.** Se conocen al menos cinco beneficios de la hidroterapia:

- Reduce la ansiedad, el estrés y ayuda a recuperarse de los trastornos depresivos.
- Facilita la respiración.
- Ayuda a aliviar el dolor muscular en caso de dolor de espalda, contractura o tendinitis.
- Estimular el sistema inmunológico.
- Mejora la circulación periférica (Pazos & González, 2002)

## Iridología

Medicina alternativa que se introdujo desde antaño y se transmitió de generación en generación; los expertos afirman que los problemas de salud se visualizan a través del iris del ojo. Con el examen iridológico es posible detectar marcadores genéticos y etapas en la vida de un sujeto orgánico, tales como heridas, inflamación y bloqueos energéticos. Quienes la practican tienen criterios de diagnóstico para determinar el grado de progresión de un trastorno en el iris, ya que esto puede ayudar a identificar posibles predisposiciones genéticas, fases inflamatorias agudas y estados degenerativos. Esto permite una mejor comprensión de la salud ocular y facilita la implementación de tratamientos adecuados para prevenir complicaciones futuras.

## Terapias mente-cuerpo y espíritu

### Yoga

El yoga es una forma de vida que cura, nutre y fortalece el cuerpo, la mente y el espíritu a través de la práctica de la respiración y la meditación. Practicado en la India desde hace miles de años, se ha convertido en uno de los sistemas de entrenamiento físico y mental. Hay más de cien tipos de yoga, diferentes estilos conocidos y practicados en Occidente, derivados del hatha yoga, uno de los más dinámicos. Otros, más espirituales, incluyen el Kundalini yoga, o más físicos y exigentes, como el Bikram yoga que se practica en una habitación climatizada. Incluso existe yoga facial que relaja y tonifica los músculos faciales (Salles & Silva, 2008). El yoga implica sesiones de una hora a una hora y media de duración, en las que se practican diversas posturas corporales que se sincronizan con la respiración para beneficiar tanto el cuerpo como la mente.

Las posturas, conocidas como 'Asanas', van desde las más básicas hasta las más avanzadas. En la mayoría de las clases de yoga, se comienza con un calentamiento llamado 'Saludo al sol', que incluye posturas dinámicas que ayudan a calentar y estirar los músculos, tanto de pie, como en el suelo. Después del calentamiento, se prosigue con poses, siempre se realizan algunas poses y sus opuestas, para que el cuerpo y los músculos trabajen de manera equilibrada. Esta práctica, combinada con la respiración, permite generar calor y energía en el cuerpo. Finalmente, todas las sesiones de yoga terminan con un período de relajación de 10 a 15 minutos, tiempo durante el cual el cuerpo y la mente vuelven a la calma (Salles & Silva, 2008).

La importancia del yoga radica en la capacidad para promover armonía entre el cuerpo y la mente, al ayudar a mejorar la flexibilidad, fortalecer los músculos, equilibrar las emociones y reducir el estrés. Con la práctica regular de yoga se puede experimentar un mayor bienestar físico, mental y emocional lo cual se hace evidente en un mayor nivel de energía y vitalidad en la vida diaria. A continuación, se explican los beneficios principales de la práctica de yoga.

- Aptitud física durante todo el año.
- Pérdida de peso.
- Alivio de tensiones.
- Paz interior
- Mejora la inmunidad.
- Vivir con mayor conciencia.
- Mejora las relaciones personales.
- Aumento de la energía.
- Mejora la flexibilidad y postura.
- Más intuición.

Los mejores momentos para meditar son antes del amanecer y después de la puesta del sol, cuando la naturaleza está tranquila, los pájaros están en silencio y los animales no están activos. Como estamos conectados con el mundo natural, nuestras mentes y cuerpos también están en calma durante estos períodos.

## **Intervención con música**

La música ha acompañado al ser humano desde el principio de los tiempos en diversos rituales religiosos o de sanación. En las culturas primitivas se creía que la música era de origen divino, por lo

que se utilizaba como medio de curación y alejamiento de los malos espíritus. La musicoterapia es el uso de la música profesional y sus factores como intervención en el entorno médico, el ambiente diario con personas, grupos, familias o comunidad que intentan optimizar la cantidad de sus vidas y mejorar la salud, comunicación, emociones y también a nivel intelectual y mental (Salles & Silva, 2008). Las intervenciones de musicoterapia pueden centrarse en mejorar la salud, controlar el estrés, reducir el dolor, expresar emociones, mejorar la memoria, la comunicación o la recuperación física.

La música es una faceta fundamental de la vida en sociedad, con la capacidad de evocar estímulos, emociones y vivencias. La musicoterapia, como campo de atención médica, ha sido diseñada para satisfacer las necesidades del cuerpo y mejorar la calidad de vida, al abordar las emociones de pacientes de todas las edades.

## **Intervención de imagen**

La imagenterapia utiliza el proceso creativo para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de personas de todas las edades. Se basa en la creencia de que la creatividad ayuda a resolver conflictos y problemas, así como desarrollar habilidades interpersonales, manejar la conducta, reducir el estrés, aumentar autoestima y autoconciencia y facilitar la introspección. La Asociación Británica de Arte Terapeutas define la imagenterapia como una forma de psicoterapia que utiliza el arte como su principal medio de comunicación. No se requiere experiencia previa ni formación en arte para quienes buscan esta terapia. Además, el terapeuta no está obligado a realizar diagnósticos o evaluaciones estéticas de las obras del paciente.

## **Homeopatía**

Es una forma de medicina alternativa basada en la idea de que una sustancia que causa síntomas en una persona sana puede, en dosis muy pequeñas, tratar síntomas similares en una persona enferma. Esta teoría se conoce como 'lo similar cura lo similar'. Desarrollada a fines del siglo XVIII por el médico alemán Samuel Hahnemann, la homeopatía utiliza diluciones extremas de sustancias naturales, como plantas, minerales y animales.

No existe suficiente evidencia para recomendar a favor o en contra del uso de la homeopatía para tratar el dolor del cáncer, debido a la falta de efectos biológicos conocidos de las sustancias utilizadas en este enfoque. El impacto del tratamiento podría estar completamente relacionado con la respuesta al placebo. Sin embargo, los pacientes informados que deseen probar un remedio homeopático no deben desalentarse, siempre que haya profesionales expertos disponibles. Tenemos que alertar a los pacientes en no caer en manos de personas que solamente quieran lucrar de la desesperación por encontrar una cura, y explicar la diferencia entre la terapia principal y una terapia acompañante.

## **Tratamiento dietético**

La dieta puede afectar el resultado del tratamiento del cáncer. Por separado, también se discute la influencia de los patrones dietéticos tradicionales en el pronóstico de los sobrevivientes de cáncer. Los guardias 'alternativos' (expertos en nutrición) de la dieta declaran que prolongar la vida al implementar una dieta específica,

es un objetivo que se puede lograr para los pacientes con cáncer. Sin embargo, una evaluación sistémica de la evidencia muestra que ningún régimen de poder - dieta específica y rigurosa - cura el cáncer de manera convincente o prolonga la vida de los pacientes con cáncer.

**La dieta Gerson.** Una comparación retrospectiva (Hildenbrand et al., 1995) mostró un aumento de seis veces en la supervivencia a 5 años en pacientes con melanoma tratados con la dieta Gerson (una dieta vegetariana baja en sodio y alta en productos lácteos y potasio, que utiliza verduras frescas, jugos de frutas y suplementos vitamínicos); pero el método defectuoso limita la confiabilidad de este estudio. Por lo tanto, no hay pruebas sólidas que apoyen este enfoque.

## Medicina tradicional china

La medicina herbal china se usa ampliamente en muchas partes de Asia para reducir la toxicidad asociada con la terapia tradicional contra el cáncer; sin embargo, la efectividad de la terapia a base de hierbas para minimizar la toxicidad relacionada con la quimioterapia no está clara. Este enfoque se evaluó en un estudio doble ciego controlado con placebo (Mok et al., 2007) en el que un herbolario chino calificado estudió a 120 pacientes que recibían quimioterapia adyuvante para el cáncer de mama o colorrectal. Se prescribió el tratamiento y se cegaron las hierbas activas o los controles apropiados. No hubo diferencia entre los dos grupos en términos de toxicidad hematológica, que fue el criterio principal de valoración. Entre los 16 parámetros no hematológicos evaluados, la única diferencia estadísticamente significativa fue la reducción de la gravedad de las náuseas con el tratamiento activo.

Se realizó una revisión sistemática (Bu et al., 2024) de cuatro estudios en los que 270 pacientes con cáncer gástrico avanzado fueron aleatorizados para recibir la hierba tradicional china Huachangsu (extracto de sapo silvestre), en combinación con quimioterapia, versus quimioterapia similar. Los autores concluyeron que existe evidencia relativamente débil de que Huachansu mejora la leucopenia cuando se usa junto con quimioterapia, pero no mejora ningún otro efecto secundario o la efectividad a corto plazo de la quimioterapia. Se extrajeron conclusiones similares en un metanálisis posterior que combinó los resultados de cuatro ensayos de quimioterapia sistémica con y sin hierbas inyectables chinas tradicionales (*huachangsu*, *aydi*, *fufangkushen* o *shenqifuzhen*). La suplementación con hierbas mejoró significativamente la leucopenia relacionada con el tratamiento, pero no aumentó las tasas de remisión a corto plazo.

En particular, varias revisiones Cochrane y otras, no han encontrado pruebas sólidas de ensayos aleatorios para respaldar el beneficio de la medicina herbaria china en el tratamiento del cáncer de esófago o de pulmón. Esto no implica que todos los ensayos aleatorizados sean perfectamente rigurosos o estén libres de limitaciones metodológicas. Al menos un estudio fase II aleatorizado y bien realizado de gemcitabina con o sin *huachangsu* en pacientes oncológicos de páncreas localmente avanzado, no mostró beneficios en la terapia de combinación.

## **Atención complementaria de apoyo**

Las terapias complementarias son adiciones a los tratamientos convencionales que se pueden usar para controlar los síntomas del cáncer, los efectos secundarios de la terapia o para mejorar la calidad de vida, e incluso la calidad de la mortalidad por cáncer. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el uso exclusivo de medicinas complementarias y alternativas (MCA), en lugar de los tratamientos convencionales, puede ser perjudicial. De hecho, en la página siguiente se cita a un erudito noruego que concluyó que recurrir únicamente a MCA podría asociarse con una reducción en el tiempo de supervivencia en pacientes con cáncer.

## **Actualización científica**

Los usuarios de medicinas complementarias y alternativas (MCA) generalmente están insatisfechos con la medicina tradicional y buscan alternativas más acordes con sus valores, creencias y filosofías sobre salud y bienestar de vida. Los factores que se reportaron asociados con el uso de este tratamiento en pacientes con cáncer incluyen:

- Mayor estrés psicosocial (ej. d. ansiedad, depresión).
- Recibir pronósticos menos favorables.
- Sentirse ‘no tener nada que perder’.
- Unirse a grupos de apoyo.
- Edad (jóvenes o mayores) y género (más mujeres que hombres).

A pesar de la prevalencia actual de la medicina alternativa y complementaria, la mayoría de los oncólogos convencionales tie-

nen poco conocimiento de estos tratamientos, y menos de la mitad de ellos comienzan a hablar sobre estos procedimientos para discutir su uso con los pacientes. Sin embargo, los pacientes con cáncer informan que sus médicos deberían estar más involucrados, más informados y más abiertos en la discusión de tratamientos alternativos. Aunque muchos pacientes asocian la MCA con efectos beneficiosos, al menos un estudio noruego (Jeppesen & Juvet, 2011) a largo plazo, de 515 pacientes con cáncer, encontró que el uso de MCA puede conducir a un tiempo de supervivencia más corto.

## Hipnoterapia

Varios ensayos aleatorios (Çınaroğlu & Çınar, 2024) (en su mayoría pequeños) han demostrado la utilidad de la hipnoterapia en los cuidados paliativos del cáncer, con su eficacia para controlar el dolor y las náuseas/vómitos. Una revisión sistemática de la hipnosis puede ser particularmente útil para reducir los vómitos quimopreventivos relacionados con la quimioterapia. Además, la hipnosis puede ser útil para que los niños prevengan problemas mentales y el dolor de procedimientos como la punción lumbar o la aspiración de médula ósea. El uso de la hipnoterapia también se evaluó como complemento de la radioterapia en un ensayo aleatorizado (Stalpers *et al.*, 2001) con 69 pacientes en tratamiento de radioterapia para diferentes tipos de cáncer, la hipnoterapia no mostró beneficios significativos en las medidas formales de ansiedad o calidad de vida. Sin embargo, los pacientes reportaron mejoras en su salud general y mental. Esto sugiere que, aunque la hipnosis puede tener efectos subjetivos positivos, no necesariamente se traduce en mejoras objetivas en los indicadores evaluados

No está claro en qué medida estos efectos se deben a reacciones específicas o no específicas (placebo). Una revisión anterior (Çınaroğlu & Çınar, 2024) que resumía los ensayos clínicos publicados de hipnoterapia concluyó que existe evidencia alentadora, aunque no concluyente, de que la hipnoterapia es útil en el tratamiento de epilepsia, ansiedad y dolor, así como las náuseas y los vómitos en pacientes oncológicos. Una revisión sistemática posterior de ensayos aleatorizados de estrategias de autoadministración para el tratamiento de eventos adversos comunes relacionados con la quimioterapia, encontró que los ensayos aleatorizados eran de calidad aceptable.

## **Intervención conductual**

La intervención conductual incluye una serie de métodos utilizados individualmente y en combinación. Los siguientes ejemplos demuestran la utilidad de estas estrategias psicoeducativas:

- a. En un estudio aleatorizado con 115 pacientes (Chock et al, 2013) se demostró que un programa multidisciplinario estructurado, que incluye intervenciones cognitivas, emocionales, físicas, sociales y mentales, es beneficioso para los pacientes que reciben radioterapia para el cáncer en etapa terminal. Aquellos que participaron en la intervención activa lograron mantener su calidad de vida durante el periodo de tratamiento de cuatro semanas, mientras que los del grupo de control, que no recibieron este tratamiento adicional, experimentaron una reducción significativa en su calidad de vida. Seis meses después de la intervención, la calidad de vida en ambos grupos era la misma.

b. En otro estudio aleatorizado con 1644 (Wang et al., 2024) mujeres sometidas a cirugía, quimioterapia o radioterapia por cáncer de mama, un programa de reducción del estrés basado en la atención plena de ocho semanas, mejoró significativamente el estado de ánimo, la calidad de vida relacionada con el estado físico de las mamas como parte del cuerpo y los niveles hormonales, además de mejorar la frecuencia cardíaca. Sin embargo, el efecto positivo sobre la fatiga y la depresión observado después de ocho semanas ya no era evidente tras doce semanas. La revisión sistemática discutida anteriormente concluyó que hay poca evidencia para respaldar el beneficio de la educación psicológica en la reducción de la fatiga relacionada con la quimioterapia (Escalante, 2023).

## Resumen

Se han utilizado técnicas de relajación como visualización, ejercicios de respiración, masaje manual, musicoterapia, arteterapia, yoga, *qigong* curativo, tai chi y acupresión para disminuir los síntomas (como náuseas y vómitos, dolor, fatiga) y mejorar el estado de ánimo y la calidad del sueño, función física y calidad de vida de los pacientes con cáncer. La revisión sistemática discutida anteriormente, concluyó que hay poca evidencia para respaldar los beneficios de la relajación y el ejercicio para reducir las náuseas y los vómitos, con algún beneficio de la práctica informado en 10 de 13

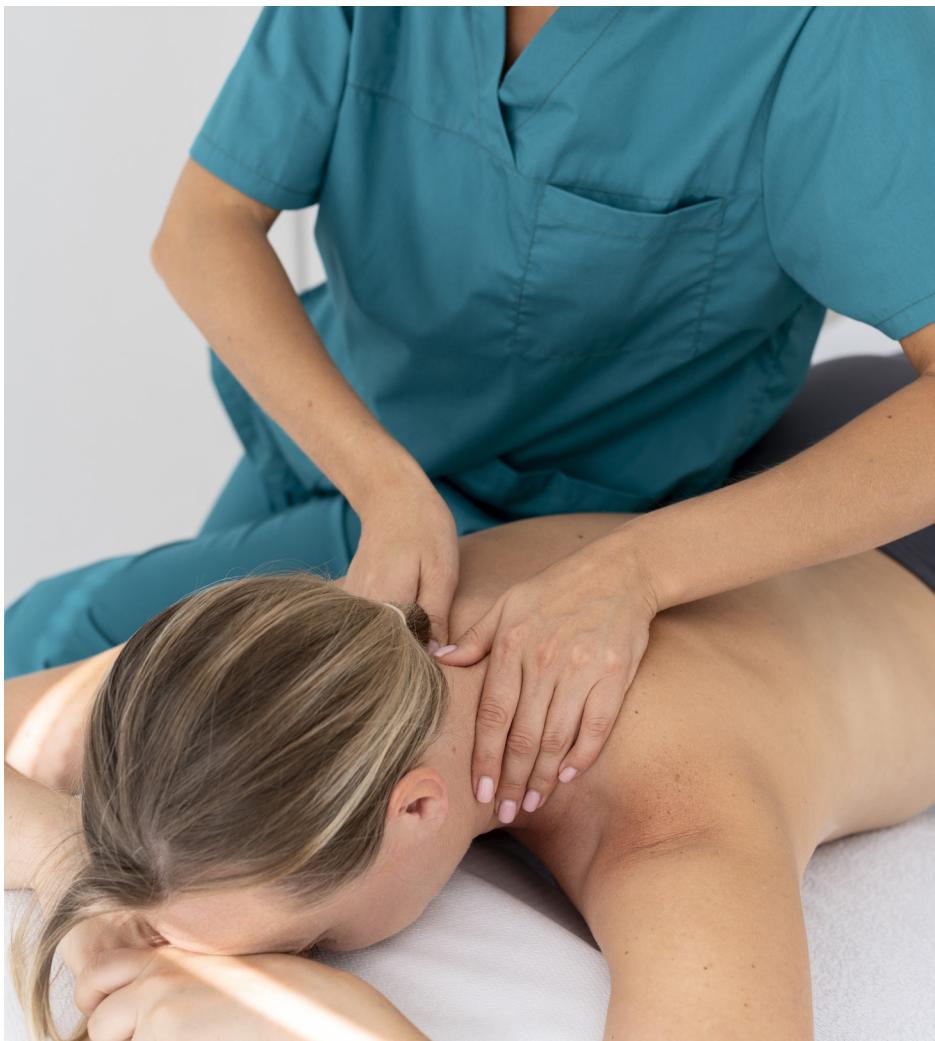
ensayos (Pelekasis *et al.*, 2017) controlados aleatorios. Los beneficios del yoga para reducir la fatiga y mejorar la calidad del sueño se demostraron en un ensayo controlado aleatorio.

El efecto de la terapia de relajación sobre el estado de ánimo y la calidad de vida es menos importante, como lo demuestran los siguientes datos (Greenlee *et al.*, 2023):

- En un ensayo aleatorizado, 96 mujeres que recibieron quimioterapia por cáncer de mama recién diagnosticado realizaron ejercicios regulares de relajación y visualización o solo atención estándar. En el grupo experimental, la calidad de vida fue mejor que en el grupo de control (Greenlee *et al.*, 2023).
- Otro ensayo de terapia de relajación en mujeres con cáncer de mama en etapa temprana y sofocos, no encontró efectos positivos sobre la ansiedad o la calidad de vida. Metanálisis de 11 ensayos controlados aleatorios que comparan la terapia de artes creativas (música, arte, danza/movimiento) con controles (sin tratamiento, lista de espera o atención) como tratamiento adyuvante en más de 500 pacientes oncológicos (principalmente cáncer de mama). Hay una reducción clínicamente significativa, pero pequeña en ansiedad, depresión y dolor; y una mejora en la calidad de vida con una intervención activa durante el tratamiento, pero algunos de los beneficios son temporales (Greenlee *et al.*, 2023).

El masaje de manos con o sin aromaterapia puede proporcionar una potente relajación tanto para el cuerpo como para la mente, pero estos beneficios suelen ser temporales. Una revisión Cochrane con-

cluyó que no había evidencia de eficacia clínica del masaje, con o sin aromaterapia, para aliviar los síntomas en pacientes oncológicos. La calidad de la evidencia es muy baja, al ser la mayoría de los estudios pequeños y calificados como no concluyentes o con alto riesgo de sesgo debido a la falta de información (Greenlee *et al.*, 2023).



**Figura 15.** Paciente en terapia de masajes

Fuente. Sacado de la Web

# **Capítulo IV**

## **Importancia de la familia en pacientes de cuidados paliativos**

La aparición de una enfermedad terminal en un miembro de la familia genera una crisis que afecta la estabilidad familiar. Cada integrante reacciona de manera distinta, lo cual impacta tanto en el funcionamiento familiar como en el bienestar o sufrimiento de la persona enferma. Las interacciones entre los comportamientos individuales generan una dinámica de acción y reacción en la familia, que puede resultar en una adaptación positiva o negativa a la nueva situación. Si la familia no logra adaptarse surgen comportamientos disfuncionales que incrementan el sufrimiento del paciente y sus seres queridos. Por ello, los cuidados paliativos se enfocan tanto en el paciente como en su familia, y buscan reducir el sufrimiento de todos los involucrados.

### **El abordaje de la familia: aspectos generales**

Como nos indican Muñoz *et al.* (2002), deberían realizarse abordajes familiares si se entiende que el círculo cercano puede presentar alteraciones. Para la detección de estas reacciones, se precisa una valoración sistemática basada en el conocimiento del genograma y ciclo vital, sobre el funcionamiento familiar, la experiencia familiar previa ante situaciones similares o de crisis de diversa índole y los recursos de apoyo disponibles, tanto humanos, como materiales.

La valoración familiar debería aplicarse sistemáticamente para detectar de forma temprana las alteraciones e intentar modificar consecuencias inadecuadas. Además del manejo de los síntomas, otros objetivos del apoyo paliativo integral incluyen el establecimiento de metas de atención, acordes con los valores y preferencias del paciente; comunicación constante y sostenida entre el paciente y todos los involucrados en su cuidado; apoyo psicosocial, espiritual y práctico, tanto a los pacientes como a sus familiares u otros cuidadores informales; y la coordinación entre los sitios de atención.

Los pacientes con enfermedades avanzadas y sus cuidadores suelen experimentar una profunda tensión económica y social. La familia y los amigos brindan la mayor parte de la asistencia a los pacientes terminales, por un promedio de 43 horas por semana. Casi un tercio de las familias de adultos gravemente enfermos reportan la pérdida de todos o la mayoría de sus ahorros, debido a la enfermedad y la necesidad de cuidados. Además, la carga económica puede afectar profundamente las decisiones de atención médica. En un estudio realizado en España (Redelmeier *et al.*, 2021), las dificultades económicas de la familia se asociaron con una preferencia por el cuidado reconfortante sobre el cuidado que prolonga la vida; en otro, las necesidades sustanciales de atención se asociaron con pacientes con enfermedades terminales que tenían más probabilidades de considerar la eutanasia o la muerte asistida por un médico.

La evaluación inicial puede utilizar respuestas previas a la consulta completadas por el paciente, como la herramienta PEACE, que consulta específicamente sobre estos temas en una pregunta. Los elementos adicionales que prueban la angustia socioeconómica incluyen (Okon & Christensen, 2024):

- ‘¿Qué tipo de ayuda necesita en casa? ¿Cocinar y hacer las compras? ¿Ayuda con sus medicamentos? ¿Moverse por la casa? ¿Transporte a las citas? ¿Equipo o suministros adicionales?’
- ‘¿Su enfermedad ha creado una presión financiera para usted y su familia u otros seres queridos?’
- ‘¿Te preocupa que puedas convertirte en una carga para tu familia o para otros?’
- ‘¿Cuánta tensión mental o emocional supone para usted proporcionar la ayuda directamente o hacer arreglos para que se brinde ayuda?’

## Fuentes de sufrimiento

Además de las fuentes individuales de sufrimiento, los pacientes experimentan un duelo anticipado que frecuentemente los lleva a interactuar con su familia, e incluso con profesionales de la salud que manejan emociones intensas. Aunque estas relaciones suelen ser de apoyo y adaptativas, la angustia experimentada por cada una de las partes (el paciente, la familia y el médico) puede afectar negativamente a las demás. Por ejemplo: ante una progresión rápida de la enfermedad a pesar del tratamiento, la esperanza y confianza de un paciente en su médico puede verse afectada por las dudas que se puedan presentar, y esto va afectar de manera considerable el tratamiento y manejo del sujeto.

Es crucial que los oncólogos gestionen sus emociones adecuadamente y se cuiden a sí mismos para proporcionar la mejor atención posible a sus pacientes. Esto implica buscar apoyo emocional,

participar en actividades de autocuidado y tomar descansos necesarios para evitar el agotamiento físico y emocional. Al reconocer y abordar estos desafíos, los oncólogos pueden mejorar su capacidad para brindar apoyo emocional más efectivo a los pacientes y sus familias, lo que puede tener un impacto positivo en la experiencia y bienestar de todos los involucrados en el tratamiento del cáncer.

El personal médico enfrenta, de manera habitual, situaciones de estrés, depresión y tristeza, ya que deben dar malas noticias, comunicarse con familiares que comparten emociones fuertes y negativas, así como ver pacientes fallecer; todo lo anterior al tratar de manejar un estado de ánimo neutro para no afectar aún más a los pacientes. Es común que luego de la cita médica o la visita existan momentos de desconcierto e incertidumbre sobre lo que se hizo y sobre lo que se pudo hacer, al pensar en el mayor beneficio del paciente.

## **Variables que influyen en la experiencia de la enfermedad**

Diversos factores influyen en cómo los familiares se adaptan a una situación de enfermedad terminal:

**La edad.** Tanto la edad del paciente como la de los miembros de la familia influye. La muerte de un abuelo que ha tenido tiempo para cumplir su proyecto de vida no se vive igual que la de un niño. Además, los niños en la familia suelen ser excluidos del entorno de la enfermedad.

**El rol de la persona enferma.** La enfermedad fuerza a la familia a reorganizarse para asumir el rol que desempeñaba el enfermo. Este proceso es más complejo si el paciente tiene un papel prepon-

derante en el funcionamiento familiar, lo cual puede dificultar que los miembros cumplan con sus propias responsabilidades, o incluso detener su desarrollo personal. Es esencial encontrar un equilibrio que permita a los familiares continuar con sus tareas vitales, mediante una redistribución de responsabilidades que compense la ausencia del enfermo y establezca una nueva dinámica familiar.

**Características psicológicas de los miembros y las variables claves del funcionamiento familiar.** La adaptación depende de la calidad de los vínculos y el sentimiento de cohesión, la existencia de una comunicación abierta y fluida, y la flexibilidad que facilita la reorganización.

Una de las primeras intervenciones del equipo de cuidados paliativos es evaluar si el paciente puede ser atendido en su domicilio, siempre que el paciente lo desee y la familia pueda asumir los cuidados. Se ha demostrado que la atención en casa se relaciona con una mejor calidad de vida del paciente y con tasas más bajas de enfermedades psiquiátricas en los cuidadores durante el duelo (Cuesta, 2021).

## **La sobreprotección**

La intervención se basa en que exista una buena comunicación entre equipo médico, paciente y familia, así como, negociar un plan de cuidados en que la familia no anule las capacidades del enfermo, como, por ejemplo, que se pueda ocupar del control de su medicación, que realice tareas acordes a sus posibilidades, etc.

## **La sobrecarga del cuidador**

El cuidador representa la persona más importante para el enfermo y también una conexión importante con el profesional de la salud encargado del paciente, y por lo tanto, una relación de confianza, empatía y profesionalismo. Se debe tener atención al cuidador, así como al enfermo, porque enfrenta y va a enfrentar muchos obstáculos y dificultades durante todo el camino de la patología del paciente hasta la muerte, y no es de extrañarse que pueda pasar de un afecto profundo a una sensación de desgaste o malestar con el paciente, incluso de impotencia.

## **Los patrones de funcionamiento y la adaptación familiar**

Ante la crisis que supone una enfermedad terminal, las familias enfrentan dificultades para flexibilizar sus costumbres, al perpetuar patrones previos de funcionamiento que pueden ser ineficaces para adaptarse a la nueva situación. Estos patrones, basados en la historia, valores y reglas familiares pueden obstaculizar la comunicación intrafamiliar, distribución de tareas y manejo de conflictos de roles, entre otros aspectos. La intervención de los profesionales debe centrarse en flexibilizar el funcionamiento familiar, lo cual requiere conocer la estructura familiar, sus reglas y su capacidad para adaptarse a nuevas situaciones según experiencias previas (Muñoz *et al.*, 2002).

Desde un punto de vista práctico, la intervención debe incluir información sobre la situación del paciente, las consecuencias de una dinámica familiar anómala y las posibilidades de adoptar nuevas

modalidades de funcionamiento con sus respectivos beneficios. Es fundamental destacar el impacto que la enfermedad terminal tiene en la ejecución de las tareas propias de la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la familia. Los distintos miembros familiares deben comprender la importancia de evitar que la enfermedad invada y paralice completamente el funcionamiento familiar. Además, se podría considerar la implementación de estrategias de apoyo emocional y psicológico para ayudar a los familiares a manejar el estrés y la ansiedad asociados con la enfermedad terminal, y de esta manera promover un entorno más adaptativo y resiliente.

#### **Aspectos que deben ser fomentados-favorecidos por la intervención de los profesionales en la atención de la familia**

La comunicación efectiva intrafamiliar.

La transición progresiva hacia los nuevos roles que es preciso desarrollar.

La distribución de las tareas.

No anulación de las capacidades del enfermo. Favorecer su autocuidado.

Reconocimiento de la importancia del cuidador familiar primario.

Identificación y ejecución de actividades que disminuyan la sobrecarga del cuidador.

Mantenimiento de la rutina familiar: disminuir la alteración que provoca la enfermedad.

Recepción del apoyo social interno (apoyo aportado por sus miembros).

Recepción del apoyo externo a la familia. Evitar el aislamiento social.

**Figura 16:** Aspectos que deben ser fomentados-favorecidos por la intervención de los profesionales en la atención de la familia.

Fuente: Muñoz et al., 2002.

## **La conspiración del silencio**

La alteración de la comunicación familiar es una consecuencia común de los patrones culturales que intentan proteger al enfermo del sufrimiento que conlleva conocer la verdad sobre su situación, en este caso, el diagnóstico. Este fenómeno refleja una actitud social evasiva ante la muerte, en la que se evita abordar el tema con la esperanza de que no hablar de la muerte impida que esta se manifieste de manera concreta y determinada. La existencia de un pacto de silencio dentro de la familia genera importantes dificultades en las relaciones internas y en la interacción con los profesionales de la salud, ya que se mantiene una tensión constante debido a la necesidad de autocontrol para no revelar información. El ‘pacto o conspiración de silencio’ ocurre cuando la familia presiona para evitar que se hable sobre la naturaleza y el progreso de la enfermedad de un paciente.

La situación descrita anteriormente impide discutir el diagnóstico o el pronóstico, lo que lleva a todos a actuar como si todo estuviera bien. Es importante reconocer este escenario, ya que puede afectar la comunicación entre familia, paciente y personal médico, y de manera consecuente, dificultar un manejo adecuado de la situación médica del paciente. Modificar la conspiración de silencio para mejorar los patrones de comunicación intrafamiliares requiere intervenciones específicas, continuadas y delicadas. Imponer abruptamente la necesidad profesional de romper el pacto de silencio basándose en imperativos éticos y legales no siempre produce el resultado deseado; los cuidadores pueden no cambiar su actitud, y el pacto terapéutico entre paciente, familia y profesional puede verse afectado.

Además, los miembros de la familia deben aceptar claramente la apertura de la comunicación para evitar el sufrimiento adicional que podría derivarse de estar sometidos a un nivel de comunicación al que no están acostumbrados. Este sufrimiento puede persistir y dificultar el proceso de duelo como manifiestan Muñoz *et al.*, (2002). Para abordar esta situación de manera efectiva, las intervenciones deben incluir apoyo emocional y psicológico para ayudar a la familia a adaptarse a la nueva dinámica comunicativa y gestionar el estrés y la ansiedad relacionados. Promover un entorno de confianza y comprensión puede facilitar una transición más suave y permitir una mejor adaptación a las realidades de la enfermedad terminal.

Es primordial informar a la familia sobre la importancia de abordar el mundo interno del paciente para conocer sus miedos y preocupaciones, lo cual no es posible si hay aspectos, como el diagnóstico y el pronóstico, que no pueden tratarse abiertamente. Las reticencias familiares pueden flexibilizarse mediante intervenciones reiteradas que demuestren el compromiso del profesional en el cuidado del paciente y el éxito en el control del sufrimiento físico. El profesional de la salud debe considerar cuidadosamente cómo dar información a un paciente sobre su enfermedad, especialmente si la familia no es capaz de flexibilizarse y el paciente insiste en conocer su situación. En estos casos, se debe decidir si confrontar al paciente y a la familia o informar directamente al paciente. Si se opta por informar al paciente, es útil hacerlo de manera gradual, y permitir que el paciente haga preguntas y cuestione las ideas de la familia.

En ocasiones, el paciente puede no desear hablar con su familia sobre su enfermedad, en estos casos, la intervención se centra en explicar la situación a la familia y en flexibilizar la postura del enfermo.

No se debe perder de vista que estamos inmersos en un entorno sociocultural donde prevalece una actitud de eludir continuamente el tema de la muerte y el sufrimiento. En otras organizaciones o sociedades, la situación y las intervenciones pueden ser diferentes. Por lo tanto, es esencial considerar que no hay una única fórmula y que esta debe adaptarse a cada situación específica. Además, se podrían implementar estrategias que incluyan apoyo emocional y psicológico para la familia y el paciente, y así ayudar a manejar mejor la situación y a facilitar una comunicación más abierta y sincera.

## **Los síntomas emocionales en la familia**

Los familiares de una persona con cáncer pueden experimentar una variedad enorme de emociones que se presentan como barrera entre sí y con el médico, como parte del proceso de aceptación de la enfermedad o la muerte, que será el desenlace final, al pasar por sus diversas etapas. La negación puede expresarse con actitudes de racionalización, desplazamiento, minimización o autoinculpación para ocultar la realidad de los hechos. Si bien se recomienda que las actitudes de negación del paciente no deberían ser confrontadas, la negación de la familia debería resolverse con delicadeza, para que ésta tome contacto con la realidad y sus expectativas sean adecuadas y no dificulten el cuidado del paciente.

La cólera o ira no es inherentemente desadaptativa, se convierte en un síntoma problemático cuando se vuelve el sentimiento predominante y persistente que domina la vida familiar, manifestándose como una rabia prolongada. Es esencial, en la intervención contra la cólera familiar, evitar caer en la trampa de responder con

agresividad. Las técnicas de entrevista clínica orientadas a desactivar la ira, como el reconocimiento de las limitaciones, la negociación y la reconducción de objetivos son especialmente útiles. En el contexto de una familia con un enfermo terminal, especialmente para el cuidador principal, es común que surjan diversos miedos a lo largo del proceso. Las estrategias recomendadas para manejar estos temores incluyen la normalización, que consiste en explicar que sentir miedo es normal en estas circunstancias, y que estos miedos suelen coincidir con los del enfermo, y son incluso necesarios para superar dignamente esta etapa.

Además, la resolución de las dudas existentes sobre la enfermedad, su evolución y el cuidado, junto con el apoyo continuado, son cruciales. Saber que pueden contar con los profesionales sanitarios siempre que lo necesiten brinda una gran tranquilidad a las familias temerosas. Para abordar la ira en el contexto familiar de manera efectiva es primordial reconocer y validar las emociones de los familiares, al ofrecer un espacio seguro para que expresen su frustración, sin temor a ser juzgados. La implementación de técnicas de escucha activa y empatía puede ayudar a desescalar situaciones de alta tensión. Además, la educación sobre técnicas de manejo del estrés, como meditación y respiración profunda puede proporcionar herramientas prácticas para que los miembros de la familia manejen mejor sus emociones.

En cuanto a los miedos y temores, además de la normalización y la resolución de dudas, es esencial fomentar una comunicación abierta y honesta entre los miembros de la familia y el equipo médico. Crear un ambiente donde se puedan discutir abiertamente los miedos y preocupaciones sin estigmatización puede aliviar una

gran parte de la carga emocional. También, el establecimiento de grupos de apoyo, tanto para el cuidador primario como para otros miembros de la familia, puede ofrecer un valioso recurso para compartir experiencias y estrategias de afrontamiento, al proporcionar un sentido de comunidad y apoyo mutuo.

<b>Miedos familiares más comunes</b>
Que el enfermo no vaya a recibir la atención adecuada.
Hablar de la enfermedad.
Que el enfermo adivine que se muere.
Que ellos mismos traicionen el pacto de silencio.
A estar solos con el enfermo en el momento de la muerte.
A no estar presentes cuando muera.
A no saber identificar la muerte.
A la soledad después de la muerte.

**Figura 17: Miedos familiares más comunes**

Fuente: Muñoz et al., 2002

# **Capítulo V**

## **Ética en Cuidados Paliativos**

### **Generalidades**

Los cuidados paliativos nos competen a todos; tarde o temprano, los familiares, conocidos, o incluso nosotros mismos enfrentaremos una situación como una enfermedad grave o potencialmente mortal, en la que debemos optar por este tipo de cuidados. Los profesionales sanitarios tienen la obligación de conocerlos y facilitarlos cuando sea necesario y en condiciones óptimas. La OMS estima que aproximadamente 40 millones de personas requieren cuidados paliativos cada año (UN News, 2021), el 78% de los cuales viven en países de ingresos bajos y medios. Según la OMS, la principal barrera para planificar el acceso a los cuidados paliativos es la falta de educación y conciencia entre los profesionales de la salud.

En este sentido, es necesario brindar información a los profesionales de la salud con el objetivo de ofrecer lineamientos para asegurar la implementación de la legislación sobre cuidados paliativos en el sistema de salud, al considerar los programas de cuidados paliativos en los que participa el comité de bioética del hospital. Las preguntas éticas sobre los cuidados paliativos a menudo surgen cuando existen preocupaciones sobre cuánto y qué tipo de atención tiene sentido para las personas con una expectativa de vida limitada. También pueden aparecer conflictos entre los miembros del equipo de atención médica y el paciente o la familia, sobre cómo brindar la atención adecuada a un paciente moribundo (García *et al.*, 2021).

Otras cuestiones de gran importancia para los profesionales de la salud incluyen los aspectos legales de la atención al final de la vida, la planificación anticipada de la atención, el manejo de solicitudes de atención inadecuadas y las discusiones de enfermería. Además, es esencial abordar los síntomas específicos del paciente en cuidados paliativos o al final de la vida. Los aspectos legales de la atención al final de la vida involucran comprender y respetar los derechos del paciente, así como cumplir con las normativas y leyes vigentes relacionadas con el consentimiento informado, la toma de decisiones médicas y las directivas anticipadas. La planificación anticipada de la atención permite a los pacientes expresar sus deseos sobre los cuidados que quieren recibir en caso de que no puedan comunicar sus decisiones en el futuro. Esto incluye la redacción de documentos como testamentos en vida y poderes médicos.

El manejo de solicitudes de atención inadecuadas implica que los profesionales de la salud evalúen y respondan a las demandas que pueden no ser apropiadas o beneficiosas para el paciente, al asegurar siempre que las decisiones se tomen en el mejor interés del paciente y se alineen con sus deseos y necesidades. Las discusiones de enfermería son vitales para proporcionar una atención integral y centrada en el paciente. Estas conversaciones deben incluir temas como el control del dolor, el manejo de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación clara y compasiva con el paciente y sus familiares. En el contexto de los cuidados paliativos es crucial que los profesionales de la salud estén preparados para abordar síntomas específicos del paciente, como dolor, disnea, fatiga, náuseas y ansiedad; y que puedan ofrecer intervenciones adecuadas para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente.

Para fortalecer estos aspectos se podrían implementar programas de capacitación continua para los profesionales de la salud, que aborden tanto las competencias técnicas, como las habilidades interpersonales necesarias para manejar de manera efectiva las situaciones complejas al final de la vida. Además, el establecimiento de protocolos claros y la colaboración interdisciplinaria pueden mejorar la cohesión del equipo de atención y garantizar que todas las decisiones se tomen de manera informada y consensuada. Por último, la integración de soporte psicológico y social para el paciente y su familia puede ser significativa para abordar los desafíos emocionales y prácticos que surgen durante el proceso de final de vida al asegurar una atención holística y compasiva.

La atención al paciente y la familia en la práctica médica de los cuidados paliativos tiene como estandarte cuatro principios:

- **Respeto a la autonomía:** se refiere a garantizar el derecho de los pacientes informados a participar en la toma de decisiones médicas. Está en el corazón de la ética biomédica estadounidense moderna.
- **Beneficencia:** exige que los médicos actúen con el mejor interés para sus pacientes.
- **No maleficencia:** es la instrucción para que los médicos primero no hagan daño.
- **Justicia:** todas las personas deben ser tratadas bien y de manera justa, y los recursos de salud deben utilizarse de manera equitativa.

## **Aplicación del principalísimo en los cuidados paliativos**

Los cuatro principios descritos anteriormente son necesarios, pero a menudo insuficientes para guiar las decisiones de salud en entornos sociales y clínicos, especialmente cuando se trata de problemas de cuidados paliativos que surgen de:

1. Tecnología médica que cada vez evoluciona de manera más rápida.
2. Un entorno político y médico-legal más polarizado y es-cudriñado.
3. Esperanzas de vida más largas, incluso para pacientes con una carga significativa de enfermedad y/o deterioro funcional.
4. Mayor conciencia de las diferentes necesidades de las personas en función de la diversidad cultural, étnica, económica, educativa, religiosa y de otros aspectos.

Cuando dos principios básicos están en conflicto, los médicos pueden encontrarse en un dilema ético. Por ejemplo, un profesional médico que atiende a un paciente con cáncer terminal puede creer que es correcto informarle que su cáncer es incurable para que pueda tomar decisiones informadas y aprovechar el tiempo que le queda. Sin embargo, la familia del paciente insiste en que no se le revele toda la verdad, ya que creen que tal conocimiento lo afectaría negativamente y le quitaría las ganas de vivir. En este caso, el principio de respeto a la autonomía del paciente entra en

conflicto con el principio de no maleficencia. ¿Quién decide el destino del paciente? (Roy-Byrne, 2023) (Strada & Portenoy, 2023). En la toma de decisiones, el principio de autonomía se basa en el derecho del paciente a aceptar o rechazar el consejo del médico, pero esto no implica que los pacientes puedan exigir intervenciones no médicamente necesarias.

Respetar la autonomía significa reconocer que las decisiones médicas son complejas y están influenciadas por factores que van más allá de los hechos médicos. Las personas consideran los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas en función de sus propios valores, objetivos, experiencias y circunstancias sociales, lo que lleva a decisiones diferentes ante una misma situación. Discusiones abiertas sobre lo que es importante para los pacientes y sus familias pueden conducir a una toma de decisiones centrada en el paciente y una mejor atención para evitar desacuerdos y conflictos éticos entre médicos, pacientes y familias. Comprender los valores, preferencias y objetivos del tratamiento del paciente permite a los médicos centrar el tratamiento en lo que es más importante para el paciente.

Sin embargo, este proceso de toma de decisiones puede ser complicado cuando los pacientes no pueden hablar por sí mismos y la responsabilidad recae en médicos y familiares, quienes pueden tener opiniones divergentes sobre cantidad *versus* calidad de vida, especialmente en las etapas del duelo. El ‘modelo de cuatro cajas’ de Johnson para la toma de decisiones éticas clínicas ofrece un punto de partida práctico para ayudar a los profesionales de la salud a aplicar y priorizar los principios éticos en relación con la situación clínica de un paciente. Una ventaja clave del modelo es su capacidad para equilibrar elementos importantes para el médico con elemen-

tos de decisión centrados en el paciente, incluidas las preferencias, la calidad de vida y otras consideraciones prácticas. Además, proporciona un marco centrado en la relación profesional-paciente.

En cuanto a retirar o suspender el tratamiento, esto no se considera un problema ético, por lo que no es necesario distinguir entre ambos. El enfoque de las decisiones de tratamiento debe ser ayudar a los médicos, pacientes y familias a discutir el pronóstico del paciente de manera clara y abierta, lo cual es básico en los cuidados paliativos. Es fundamental proporcionar un espacio donde se pueda hablar abiertamente sobre las expectativas y deseos del paciente, así como sobre las opciones de tratamiento disponibles y sus implicaciones, para tomar decisiones informadas y respetuosas con la dignidad del paciente. También es importante que los profesionales de la salud reciban formación continua en ética médica y comunicación, para manejar de manera efectiva estos dilemas y facilitar una atención centrada en el paciente.

El apoyo psicológico para los pacientes y sus familias también juega un papel preponderante en este proceso, al ayudar a todos los involucrados a enfrentar la situación con mayor claridad y menos angustia emocional, tal como lo detallan Roy-Byrne (2023) y Strada & Portenoy (2023). Un principio ético clave es la no maleficencia, ya que el objetivo de retener o suspender el tratamiento es prevenir o detener el daño en situaciones en las que los beneficios y las cargas del tratamiento no justifican su continuación. Para algunos médicos o familiares, el componente emocional de suspender el tratamiento es más significativo que el propio acto de suspenderlo. Puede resultar difícil distinguir entre una muerte autorizada y un homicidio, cuando la retirada del tratamiento implica una muerte

inminente, como en el caso de un paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Otros pueden considerar más aceptable interrumpir el tratamiento si este no es efectivo, ya que no se basa en la predicción de que otros tratamientos adicionales no serían beneficiosos (Sudore & Fried, 2010). En algunos casos, esperar es mejor que comenzar el tratamiento y luego suspenderlo. Se considera éticamente justificable rechazar un tratamiento si no beneficia al paciente. Sin embargo, en otras situaciones, puede ser apropiado retirarse después de intentar el tratamiento. Por ejemplo, se puede iniciar el tratamiento si hay desacuerdo sobre el pronóstico y el resultado, o detener el tratamiento si no cumple con las expectativas. Una visión adecuada en torno a la toma de decisiones se basa en el *Juicio por tiempo limitado*, que son 'ensayos de tiempo limitado', útiles para tratar los conflictos éticos, cuando las partes no están de acuerdo sobre si un tratamiento será beneficioso, o cuando los médicos temen que no funcione.

En este enfoque, el médico y el paciente o la familia acuerdan probar un tratamiento durante un período de tiempo para ver si la condición del paciente mejora o empeora según los resultados clínicos acordados. Si la condición del paciente mejora se continúa con el tratamiento; si empeora, el tratamiento se detiene y se reemplaza por una atención más cómoda. Este método respeta los deseos de los pacientes que quieren probar algo y reconoce a aquellos que se preocupan de que el tratamiento pueda prolongarse indefinidamente. Las familias tienden a adoptar una postura deontológica, al afirmar que deben 'hacer lo que sea necesario', sin importar las consecuencias. En última instancia, la capacidad de un médico para negociar con un paciente o un ser querido dependerá de la confianza (Truog, 2018).

## **Intervenciones Sugeridas para Mejorar la Toma de Decisiones y Manejo Ético**

1. Desarrollo de habilidades de comunicación: es importante que los profesionales de la salud reciban capacitación en comunicación efectiva para manejar estos dilemas éticos con sensibilidad y claridad, y de esta manera asegurar que las decisiones se tomen de manera informada y consensuada.
2. Implementación de equipos multidisciplinarios: la inclusión de equipos de cuidados paliativos y éticos puede proporcionar una perspectiva más amplia y un apoyo adicional para la toma de decisiones complejas, al asegurar que todas las voces, incluidas las del paciente y la familia, sean escuchadas.
3. Fomentar un entorno de apoyo psicológico: brindar apoyo psicológico tanto a los pacientes como a sus familias puede ayudar a manejar el estrés y la ansiedad asociados con las decisiones al final de la vida, al facilitar una comunicación más abierta y efectiva.
4. Uso de guías y protocolos claros: desarrollar y utilizar guías y protocolos específicos para el manejo de la retirada y suspensión de tratamientos, así como para la comunicación de malas noticias puede proporcionar un marco consistente y ético para los profesionales de la salud.
5. Promoción de la planificación anticipada: fomentar la planificación anticipada de la atención y la creación de directivas puede ayudar a aclarar los deseos del paciente, al reducir los conflictos éticos y facilitar una toma de decisiones más alineada con sus valores.

Estas intervenciones pueden ayudar a los profesionales de la salud a navegar los complejos dilemas éticos asociados con la atención al final de la vida, y asegurar que las decisiones se tomen de manera compasiva y ética, en el mejor interés del paciente y sus seres queridos.

## **Sedación paliativa**

Esto implica tomar dosis cada vez más altas de medicamentos para controlar el dolor y/o los síntomas físicos. Algunos autores dividen la sedación paliativa en dos conceptos: prestación de sedación paliativa (PPS) y sedación paliativa hasta la inconsciencia, *Palliative Sedation to Unconsciousness* (PSU)(Cherny, 2023).

El proceso de iniciar la sedación paliativa debe ser conversado a profundidad y explicado de manera adecuada a la familia, como un proceso irreversible, en el que se puede tomar un simbolismo importante en la despedida, agradecimiento, disculpa y toda deuda psicológica y emocional que se tenga con el paciente. Debe ser un proceso contrario a lo que se piensa (triste), sino más bien como medida ante síntomas refractarios y en búsqueda de un alivio definitivo, hasta que la muerte cumpla su proceso, sin llegar para nada a confundir esta con la eutanasia, con la que muchos de mis colegas en cuidados paliativos estamos en contra.

## **Sedación paliativa proporcionada**

PPS es una sedación que ocurre cuando se usan dosis más altas de medicamentos al final de la vida, para maximizar el alivio de los síntomas físicos que no se pueden controlar de otra manera. La se-

dación es un efecto secundario de los analgésicos y los ansiolíticos que intentan controlar el dolor u otros síntomas físicos.

Este sedante está bien establecido en cuidados paliativos y ha sido respaldado por varias sociedades médicas y un importante precedente legal. En 1997, la Corte Suprema de los EE.UU. confirmó la llamada 'sedación terminal', lo que significa que los pacientes con enfermedades terminales que sufren dolores intensos, podrían recibir medicamentos de médicos calificados sin barreras legales, lo que incluso podría provocarles pérdida del conocimiento y una muerte acelerada (Quill & Holloway, 2011).

Aunque la PPS es legal, algunos miembros de la familia e incluso algunos miembros del equipo médico pueden ver a esta acción como 'eutanasia activa voluntaria' (EAV) (Chaitin & Rosielle, 2013). Sin embargo, su propósito es diferente pues la PPS está diseñada para aliviar los síntomas físicos que no pueden controlarse por otros medios. Por el contrario, la eutanasia activa voluntaria (EAV) es un tratamiento médico administrado por un profesional de la salud para acelerar la muerte y aliviar el dolor y el sufrimiento (Battin *et al.*, 2023).

### **Sedación paliativa hasta la inconsciencia**

Si la incomodidad persiste a pesar de los repetidos esfuerzos para controlar los síntomas, el paciente o su sustituto pueden solicitar la sedación paliativa continua (PSU), efectivamente pacientes encamados hasta el final de la vida. Esta práctica es más controvertida que la sedación paliativa proporcional (PPS) porque el propósito de la sedación es reducir el sufrimiento en lugar de producir consecuencias no deseadas. Puede ser difícil ver la muerte como una conse-

cuencia no deseada, especialmente cuando la sedación impide la ingesta de alimentos y líquidos. Aún más controvertido es cuando los sustitutos solicitan la sedación como tratamiento para pacientes incapacitados o moribundos que sufren, en lugar de basarse en síntomas físicos. Frente a estos dilemas morales, el deber del médico es fácil de decir, pero no fácil de cumplir.

## **Desafíos Éticos y Manejo de la Sedación Paliativa Continua (PSU)**

- 1. Distinción entre PSU y eutanasia:** aunque la PSU no tiene como objetivo directo acelerar la muerte, la línea entre PSU y la eutanasia puede parecer borrosa, especialmente cuando la sedación profunda lleva a la incapacidad de ingerir alimentos y líquidos, y resulta en la muerte del paciente. Es crucial que los profesionales de la salud comprendan y comuniquen esta distinción claramente a los pacientes y sus familias para evitar malentendidos y conflictos éticos.
- 2. Consentimiento informado y participación del paciente:** Es fundamental que los pacientes o sus sustitutos tomen decisiones informadas. Los médicos deben proporcionar información clara sobre lo que implica la PSU, sus propósitos y posibles consecuencias, al asegurar que los pacientes o sus sustitutos comprendan completamente el proceso y sus implicaciones.
- 3. Criterios para la PSU:** establecer criterios claros y rigurosos para la PSU puede ayudar a garantizar que se use de manera apropiada. Estos criterios deben incluir la

evaluación exhaustiva de los síntomas del paciente, su pronóstico y la efectividad de otras medidas paliativas antes de considerar la PSU.

4. **Rol de los sustitutos en la toma de decisiones:** cuando los pacientes no pueden tomar decisiones por sí mismos, los sustitutos deben actuar en el mejor interés del paciente, basándose en los deseos y valores previamente expresados por el paciente. Es decisivo que los profesionales de la salud guíen a los sustitutos en este proceso, ayudándolos a comprender y considerar todas las opciones y sus implicaciones éticas.
5. **Soporte psicológico y emocional:** tanto los pacientes como sus familias pueden experimentar una carga emocional significativa al considerar la PSU. Brindar apoyo psicológico y emocional continuo es esencial para ayudar a manejar el estrés, la ansiedad y el sufrimiento asociado con estas decisiones difíciles.
6. **Transparencia y comunicación abierta:** mantener una comunicación abierta y transparente entre el equipo médico, el paciente y sus familiares es importante para abordar cualquier preocupación o dilema ético que surja durante el proceso de PSU. Esta comunicación debe ser continua y adaptativa, y debe asegurar que todas las partes se sientan escuchadas y comprendidas.

## **Reflexión sobre el deber del médico**

El deber del médico en estos casos es brindar cuidado compasivo y ético, al priorizar el alivio del sufrimiento del paciente mientras se respetan sus deseos y valores. Aunque la PSU puede ser una opción difícil de manejar, los médicos deben equilibrar su deber de no causar daño con la necesidad de aliviar el sufrimiento extremo. Este equilibrio requiere una comprensión profunda de los principios éticos, empatía y habilidad para navegar conversaciones difíciles con pacientes y sus familias. En resumen, la PSU es una práctica paliativa esencial pero compleja, que requiere una consideración ética cuidadosa, una comunicación clara y un apoyo integral para garantizar que se use de manera adecuada, y que respete siempre la dignidad y los deseos del paciente.

A continuación, algunos términos importantes en la ética, que serán de mucha ayuda no solamente en el campo de los cuidados paliativos, sino en todo campo de la medicina donde juega de valor de gran importancia nuestro actuar.

## **Muerte asistida por un médico**

El suicidio asistido por medicamentos (MAD, por sus siglas en inglés) implica dar medicamentos, recetas, información u otras intervenciones a un paciente con el entendimiento de que el paciente tiene la intención de usarlos para suicidarse. La práctica de la autoadministración del medicamento para morir (PAD) es similar a la voluntad anticipada de elegir (VAE), ya que el resultado esperado es la muerte. Sin embargo, se diferencia en que en el PAD el paciente se autoadministra el medicamento, lo que puede disminuir la percepción de que

ha elegido terminar con su vida. A veces, se hace referencia al PAD como suicidio asistido por un médico (PAS).

En ciertos estados de EE.UU., el PAD está legalmente permitido bajo dos condiciones:

1. El paciente debe haber sido diagnosticado como enfermo terminal por dos médicos independientes, y
2. Debe tener una capacidad de toma de decisiones plenamente informada.

En contraste, el suicidio asistido (EAP) no está permitido en EE.UU., aunque sí se legalizó en algunos otros países (Battin *et al.*, 2023).

Muchos médicos, especialmente en oncología y cuidados paliativos se enfrentan a solicitudes de eutanasia tarde o temprano en sus carreras. Los médicos deben considerar cuidadosamente y decidir cómo actuar y responder a estas solicitudes, independientemente de su posición ética y moral y si tales prácticas están legalmente permitidas en una jurisdicción en particular. Este es otro conflicto en el que se justifica ayudar a un paciente a morir, porque el paciente lo solicita y se evita una muerte difícil, mientras que la deontología establece que es deber del médico no participar activamente en el fin de la muerte debido a que esto no está bien (Fromme, 2023).

## **Tratamiento inútil versus potencialmente inapropiado**

En el año 2015, cinco sociedades de cuidados intensivos: la Sociedad Torácica Estadounidense (ATS), la Asociación Estadounidense de Enfermeras de Cuidados Críticos (AACN), el Colegio Estadounidense de Médicos del Tórax (ACCP), la Sociedad Europea de Cuidados

Intensivos Medicine (ESICM) y la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos (SCCM) aprobaron de manera oficial una terminología nueva y específica que se puede usar al momento de discutir y categorizar tratamientos con un beneficio cuestionable. La declaración de las cinco asociaciones argumentó que el término ‘ineficaz’ solo debe usarse cuando una intervención no logra el objetivo fisiológico previsto, como la RCP para un paciente con un músculo cardíaco roto.

Por otro lado, el término ‘puede ser inapropiado’ en lugar de ‘inútil’ se utiliza para describir la situación más común en la que un tratamiento tiene al menos una posibilidad de lograr el efecto deseado por el paciente, pero el médico cree que las consideraciones éticas contrapuestas justifican no proporcionarlo. La controversia sobre el tratamiento ‘probablemente inapropiado’ se basa en el mérito, no en el tratamiento ‘ineficaz’. Los tratamientos considerados poco probables, inseguros y controvertidos deben discutirse si se utiliza una terminología potencialmente inapropiada en lugar de tratamientos fútiles.

## Tratamiento prohibido y discrecional

La declaración de las cinco sociedades no solo distingue el tratamiento fútil y el potencialmente inapropiado, sino, además incluye otras dos categorías:

1. **Tratamientos ‘legalmente proscritos’.** Son aquellos que están prohibidos por las leyes aplicables, los precedentes judiciales o las políticas públicas ampliamente aceptadas. La declaración brinda el ejemplo de eludir las políticas de asignación de órganos.

2. **Tratamientos ‘legalmente discrecionales’.** Son aquellos para los que existen leyes específicas, precedentes judiciales o políticas que dan permiso a los médicos para negarse a la administración de los mismos. La declaración ofrece el ejemplo de las ‘leyes POLST (órdenes médicas para tratamiento de soporte vital) en Maryland y Vermont’ que permiten a los médicos escribir órdenes de no reanimación (DNR) sin el consentimiento del paciente o sustituto, cuando la reanimación cardiopulmonar (RCP) no evitaría la ‘muerte inminente’ del paciente (Miller-Smith et al., 2023).

### **Acercamiento a los pacientes que ‘quieren que se haga todo’**

Cuando se les preguntó cómo establecer límites médicos para enfermedades graves que amenazan la vida, los pacientes o sus familias respondieron que ‘quieren que hagan lo que puedan’, y la comunicación es esencial en esta situación. Cuando se enfrentan a esta presentación, los médicos a menudo asumen que los pacientes necesitan todos los tratamientos posibles, independientemente de su gravedad o cuán invasivos o beneficiosos puedan ser. Una respuesta más adecuada a este requerimiento sería analizar los valores asociados a la administración de determinados tratamientos, así como las preocupaciones no médicas de los pacientes (Miller-Smith et al., 2023)

El término ‘hacerlo todo’ significa diferentes enfoques u opciones para diferentes personas, por lo que los médicos deben averiguar qué quiere decir el paciente o la familia cuando lo dice. Por lo

general, significa ‘hacer todo lo posible para ayudar a su ser querido’. Una vez establecido el significado, los profesionales de la salud deben proporcionar información precisa sobre la patología y el pronóstico del paciente, así como las opciones de tratamiento apropiadas e inapropiadas. Con esta información, los médicos podrán recomendar diferentes opciones de tratamiento y los pacientes podrán tomar mejores decisiones sobre qué hacer y qué no hacer para ayudarlos a lograr sus objetivos (Miller-Smith *et al.*, 2023).

## **Manejo Efectivo del Dolor Al Final De La Vida**

### **Mantener una Buena Comunicación**

1. **Transparencia y honestidad:** los médicos deben ser honestos sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento, incluso cuando la información sea difícil de aceptar. Esta transparencia es esencial para construir y mantener la confianza del paciente.
2. **Escucha activa:** escuchar atentamente las preocupaciones, deseos y miedos del paciente es determinante. Los pacientes deben sentir que sus voces son escuchadas y valoradas en el proceso de toma de decisiones.
3. **Empatía y sensibilidad:** mostrar empatía y sensibilidad al abordar temas delicados puede ayudar a aliviar el estrés emocional y el miedo del paciente. Es importante reconocer y validar los sentimientos del paciente durante estas conversaciones.

4. **Apoyo continuo:** brindar un apoyo constante y accesible, al asegurar que el paciente y su familia sepan que pueden contar con el equipo médico en cualquier momento, contribuye significativamente a la confianza y al bienestar general del paciente.

En resumen, los principios éticos en cuidados paliativos no solo guían la toma de decisiones clínicas, sino que también son esenciales para mantener una comunicación abierta, honesta y empática con los pacientes. Este enfoque no solo promueve la confianza, sino que también asegura que el cuidado proporcionado sea verdaderamente centrado en el paciente, al respetar su dignidad y mejorar su calidad de vida en el proceso terminal de su enfermedad. Es necesario incorporar los principios básicos de la ética médica: benevolencia, no maleficencia, autonomía y justicia, sobre los cuales se basarán las decisiones de una mejor práctica. Además, si se vinculan a herramientas como el consentimiento informado, permitirán medidas encaminadas a conseguir el objetivo principal de los cuidados paliativos: ‘mantener la calidad de vida sin prolongarla ni acortarla’, al proporcionar así apoyo y asistencia a los pacientes, sus familias y el equipo médico (Verástegui-Áviles & Allende-Pérez, 2013).

Los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que brindan atención a pacientes moribundos enfrentan permanentemente cuestiones éticas. Brindar una buena atención requiere no solo un amplio conocimiento científico, empatía y comprensión de los dilemas éticos que puede enfrentar, sino también estrategias para evitar conflictos. Se necesita una buena comunicación y los pacientes deben estar completamente informados para que puedan tomar mejores decisiones y evitar conductas médicas inapropiadas.

piadas. También es importante que el personal sanitario conozca los principios de la ética biomédica: asistir a los pacientes oncológicos en cuidados paliativos es una necesidad ética. La ética clínica en el ámbito hospitalario se centra en el proceso de toma de decisiones, en el que los pacientes y sus familias se enfrentan a situaciones complejas sobre su enfermedad y plan de tratamiento.

Estas decisiones pueden incluir valores morales, creencias religiosas y pueden estar influenciadas por ciertas pautas y prácticas médicas. Actualmente, tanto los valores humanos como el comportamiento han cambiado, incluso la relación entre médico y paciente. El modelo paternalista ha sido sustituido por el principio de autonomía del paciente. El Código de Ética Médica Brasileño establece que los trabajadores médicos se convierten en guías y acompañantes de los pacientes no sólo en términos de salud, sino también en términos de humanidad. Por lo tanto, el paciente debe ser visto como un todo con sentimientos, expectativas y derecho a tomar decisiones para garantizar la dignidad en la vida y la muerte.

El cuidado de hospicio es un enfoque integral que se ocupa de las necesidades de los pacientes al final de la vida. Se caracteriza por su complejidad y la presencia de aspectos controvertidos, como el dilema entre la prolongación de la vida mediante tratamientos agresivos y la decisión de evitar intervenciones que pueden ser consideradas inútiles o desagradables. Este enfoque busca no solo aliviar el sufrimiento físico, sino también promover la dignidad en el proceso de morir. La obstinación terapéutica, que implica continuar con tratamientos que no ofrecen un beneficio claro al paciente, puede llevar a una disminución de la calidad de vida en sus últimos momentos. En contraste, el cuidado de hospicio se enfoca

en proporcionar un entorno que respete las decisiones del paciente, al priorizar el bienestar y la comodidad sobre la prolongación de la vida a cualquier costo.

## **Decisiones difíciles**

El manejo de un paciente terminal es complejo en el ámbito médico y ético. Por ejemplo, para emplear los antibióticos se debe considerar si el paciente está en agonía, si estos fármacos prolongarán su sufrimiento no se los administrará, pero si su uso puede controlar los síntomas como fiebre o delirium sí se deben administrar (Verástegui-Áviles & Allende-Pérez, 2013). Otra situación que suele cuestionarse es la indicación de nutrición parenteral, donde hay que preguntarse si esta intervención mejorará la calidad de vida. Por lo tanto, es necesario brindar información a los pacientes y sus familiares sobre los complejos mecanismos de pérdida de peso y caquexia en el cáncer, al enfatizar que el proceso no responde a la nutrición enteral o parenteral, por lo que se considera un tratamiento no invasivo, otro aspecto a tomar en cuenta es que resulta una tecnología costosa. Se requiere una sonda nasogástrica o de gastrostomía en pacientes con tumores gastrointestinales que no están en etapa terminal (Verástegui-Áviles & Allende-Pérez, 2013).

Retener o negar el tratamiento para salvar la vida de un paciente es moralmente equivalente e implica que la condición de un enfermo terminal es altamente sospechosa, por lo que es importante evaluar los riesgos y beneficios de cada posible intervención que se le puede ofrecer a un paciente en particular (Verástegui-Áviles & Allende-Pérez, 2013). Respecto a la administración de fluidos, cabe

señalar que, en estos pacientes, la deshidratación puede provocar: sequedad de boca, sed, hipotensión ortostática, empeoramiento del estado de conciencia e incluso empeoramiento de la sintomatología clínica del paciente. Sin embargo, debe recordarse que la deshidratación del paciente moribundo reduce la necesidad de moverlo para su limpieza y reduce las secreciones bronquiales y gastrointestinales y el edema (Verástegui-Áviles & Allende-Pérez, 2013).

No existe un consenso claro sobre qué intervenciones deben considerarse útiles. Sin embargo, las directivas anticipadas pueden ser una herramienta valiosa para evitar conflictos al final de la vida y garantizar que se respeten los deseos del paciente en cuanto a su atención médica. Las decisiones médicas deben realizarse de manera informada y con el debido respeto a la autonomía del paciente. Los diferentes métodos de alivio del dolor a menudo causan conflictos entre los equipos médicos, ya que los oncólogos se sienten incómodos al recetar incluso dosis altas de medicamentos para pacientes con enfermedades terminales. Muchos consideran que la posible supresión del centro respiratorio por el uso de estas drogas es una forma de eutanasia. Siempre que el propósito de los anestésicos sea aliviar el sufrimiento, el uso de anestésicos es éticamente aceptable, incluso si el uso está asociado con el riesgo de muerte del paciente (Verástegui-Áviles & Allende-Pérez, 2013).

## **Consentimiento Informado**

El consentimiento informado se define como el proceso de comunicación entre el paciente y el médico tratante que da como resultado el permiso o consentimiento del paciente para someterse a

una intervención médica específica. Por ejemplo, en México, este documento es tanto una obligación moral, como un requisito legal donde se requiere la firma del paciente para administrar una variedad de tratamientos, incluidos los cuidados paliativos (Verástegui-Áviles & Allende-Pérez, 2013). En el Instituto Nacional del Cáncer en México (INCan), al igual que en otros hospitales públicos de algunos países de América Latina, ciertas condiciones propias del tipo de pacientes atendidos (por ejemplo, el analfabetismo) y los problemas de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, también hacen que los pacientes no sean plenamente conscientes de los síntomas de su enfermedad, las opciones de tratamiento o los riesgos asociados.

Esto tiene implicaciones éticas asociadas, y puede afectar la aceptación y el compromiso con los planes de tratamiento, así como las implicaciones financieras (Verástegui-Áviles & Allende-Pérez, 2013). El consentimiento informado del paciente antes de realizar cualquier procedimiento médico no solo es un requerimiento legal, sino también una muestra de respeto hacia la autonomía y la dignidad del paciente. El consentimiento informado garantiza que el paciente esté plenamente informado sobre los riesgos, beneficios y alternativas de un tratamiento, y tenga la oportunidad de tomar una decisión informada y voluntaria sobre su atención médica. Es fundamental para establecer una relación de confianza y respeto entre el paciente y el médico, y para promover la toma de decisiones compartidas en el cuidado de la salud.

# **Enfermería y paciente terminal**

## **Aspectos bioéticos**

La atención del equipo de enfermería al paciente terminal es fundamental, ya sea por su intervención técnico clínica (principalmente en relación a los cuidados paliativos), o por la compleja tarea de acompañar al paciente a tomar decisiones sobre su enfermedad (León, 2008) y en su propia muerte. Garantizar la mejor calidad de vida posible y defender los derechos de los pacientes terminales a través del consentimiento informado y la participación, es responsabilidad ética de las enfermeras, los médicos y las familias.

## **Deberes éticos hacia el paciente terminal**

La preparación de los pacientes para enfrentar la muerte con dignidad y autonomía es una parte esencial de los objetivos del equipo de salud. Esto es particularmente cierto para los enfermeros, quienes tienen un papel decisivo en acompañar a los pacientes a lo largo de cada etapa de adaptación (Fuentes, 2013). Los enfermeros deben estar atentos a la situación familiar y ser capaces de reconocer y manejar las diversas reacciones emocionales que los pacientes y sus familias pueden experimentar. Estas reacciones incluyen:

1. **Shock del diagnóstico:** la primera reacción puede ser de sorpresa y confusión, tanto para el paciente como para su familia.
2. **Agitación interna:** sentimientos de inquietud y ansiedad pueden surgir al tratar de asimilar la noticia.

3. **Negación:** algunos pueden rechazar la realidad del diagnóstico como una forma de protegerse del dolor emocional.
4. **Ira:** la frustración y el enojo son reacciones comunes, a menudo dirigidas hacia la enfermedad, los médicos, o incluso hacia Dios o el destino.
5. **Negociación:** en esta etapa, el paciente puede intentar hacer tratos consigo mismo o con una fuerza superior, y buscar una forma de evitar la inevitable progresión de la enfermedad.
6. **Depresión:** un sentimiento profundo de tristeza y desesperanza puede aparecer cuando el paciente comienza a comprender la gravedad de su situación.
7. **Resignación:** aquí el paciente puede empezar a aceptar la realidad de su situación, aunque de manera pasiva.
8. **Aceptación:** finalmente puede llegar un estado de paz y aceptación de la realidad, lo que permite al paciente vivir el tiempo que le queda de manera significativa.

El apoyo emocional y el acompañamiento de los enfermeros son vitales en cada una de estas etapas, y se debe proporcionar el cuidado necesario para que los pacientes puedan transitar este difícil camino con la mayor dignidad y autonomía posible.

Los médicos deben informar adecuada y ampliamente a los pacientes sobre el diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento, pero la misión del personal de enfermería es verificar que los pacientes comprendan la información proporcionada por el médico, y ayudarlos a asimilar y aceptar esa información.

**Información:** en el código de ética de enfermería vigente, es importante que las enfermeras tomen acción directa para resolver

los conflictos éticos porque promueve la autonomía del paciente; el consentimiento informado puede brindar protección y autonomía al paciente, lo que es fundamental para los equipos de atención. Las enfermeras son responsables de garantizar que los pacientes, familiares o compañeros hayan recibido la información suficiente y necesaria para permitirles aceptar o rechazar la atención y el tratamiento. Las enfermeras también pueden superar la barrera de la distancia que a menudo existe entre médicos y pacientes, y prefieren pasar suficiente tiempo en diálogo para construir una relación útil que a menudo no es posible con los médicos.

Los pacientes que experimentan las últimas etapas de la enfermedad tienen inquietudes y una serie de preguntas, también tienen miedos y muchas veces expresan sus miedos a la enfermera que está a su lado y no a sus familiares por el dolor de la familia; pero sí con la enfermera pues usualmente están dispuestas a escuchar y comprender la situación. El juicio y la duda, así como la dependencia física y emocional pueden desmoralizarlos y hacerles perder el respeto por sí mismos y la dignidad personal. En resumen, se puede decir que tratan de encontrar un sentido a lo que les sucede. Los pacientes pueden y necesitan la ayuda de una enfermera para adaptarse al proceso de morir y despedirse de sus seres queridos antes de perder el conocimiento. Las enfermeras deben estar preparadas profesional y humanamente para brindar un cuidado humano adecuado, que es una de las condiciones más difíciles en el cuidado de pacientes moribundos.

En otras palabras, se pretende ayudar al paciente para que afronte la muerte con dignidad, para lo cual es necesario resolver una serie de puntos (León, 2008):

- El paciente tiene que saber que su condición implica la muerte, de manera que pueda resolver sus asuntos, tomar sus disposiciones, cumplir las promesas o simplemente para que pueda despedirse. Generalmente, los familiares solicitan con gran frecuencia que se oculte el diagnóstico al paciente, con el debido permiso del médico, pero es deber de la enfermera intervenir prudentemente y con claridad a favor del paciente. Pueden existir excepciones, pero no es una regla general.
- El enfermo tiene que ser agente y no solo un paciente, por eso es necesario que intervenga en la toma de decisiones sobre su enfermedad. Es deber de la enfermera comprobar que el paciente haya recibido y comprendido la información que le dio el médico, antes de que se firme el consentimiento informado. Razón por la cual, el hecho de que el consentimiento informado sea un proceso informativo y no solo un trámite burocrático impuesto en los hospitales queda en manos de la enfermera.
- Se requiere preservar dentro de lo posible la autonomía y autocontrol del paciente. Considerar que la sensación de menor dignidad procede de una excesiva dependencia y pérdida de control de las funciones orgánicas (León, 2008).
- Se deberá conservar lo mejor posible ciertas actividades y sus relaciones en el ámbito social, familiar y profesional. Sentirse persona implica ser capaz de relacionarse.
- Se tienen que proteger la imagen corporal en deterioro, es decir, se tiene que evitar que el paciente se considere desfigurado o debilitado. Si bien, en la mayoría de casos

la familia o auxiliares son quienes se encargan de esta parte, la enfermera deberá supervisarlo.

- Se debe brindar apoyo espiritual si así lo desea el paciente, y la enfermera puede ayudar al brindar información al paciente o a su familia.

Esta distinción es importante. ‘Morir con dignidad’ se refiere a proporcionar el mejor cuidado posible para que una persona pueda fallecer en paz, sin dolor y con respeto, mantener su autonomía y calidad de vida hasta el final. Esto incluye el manejo adecuado de síntomas, apoyo emocional y respeto por los deseos del paciente. Por otro lado, la eutanasia implica una intervención activa para terminar con la vida de una persona con el fin de aliviar el sufrimiento, lo cual es un tema separado y con implicaciones éticas, legales y personales diferentes. El enfoque en una muerte digna implica trabajar dentro de los límites del cuidado paliativo y el soporte emocional, al asegurar que las necesidades del paciente sean atendidas sin tomar decisiones activas para acelerar la muerte.

### **Los derechos del enfermo terminal**

Los derechos de los pacientes son derechos humanos básicos basados en valores y principios bioéticos. Los pacientes tienen derecho a recibir atención especializada para reducir el riesgo de muerte o discapacidad; también tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad; rechazar cierto procedimiento en la medida permitida por la ley; ser visitados por sus familiares o allegados, pero no infringir las normas de cada UCI; recibir asistencia religiosa

según su religión; obtener ayuda con asuntos legales o personales relevantes para su situación de vida; mantener confidencial toda la información relacionada con su tratamiento; y finalmente, tienen derecho a la dignidad, y al cuidado personal. En cuanto a las enfermeras, deben velar y garantizar que los profesionales sanitarios que intervienen en la atención al paciente respeten plenamente estos derechos (León, 2008).



**Figura 18:** Los derechos del paciente deben ser conocidos y comunicados claramente por el médico.

Fuente. Sacado de la Web

# Conclusión

Los cuidados paliativos son una rama clave de la medicina que, lamentablemente, aún no ha alcanzado la difusión y el reconocimiento necesarios en nuestra sociedad en cuanto a conocimientos generales, usos y medios disponibles. Esta situación se ve agravada por un sistema de salud predominantemente enfocado en la curación, que descuida la prevención y, peor aún, pasa por alto los cuidados paliativos; al llegar incluso al extremo de favorecer métodos rápidos y simplistas como la eutanasia, en lugar de ampliar una cobertura sumamente deficiente para una atención correcta, especializada, oportuna e interdisciplinaria hacia pacientes con patologías graves como el cáncer.

Es imperativo que se reconozcan las características propias de los pacientes que requieren cuidados paliativos no solo en el ámbito de la medicina general, sino también en diversas especialidades de la salud, que incluyen la psicología como paso inicial hacia una atención integral, centrada en el paciente, pero también abarcar a la familia y entorno en su totalidad. Como profesionales de la salud es fundamental que mantengamos presente la verdadera misión que nos llevó a elegir esta noble profesión. Debemos evolucionar desde la simple idea de ‘curar enfermedades’ hacia un enfoque más humano y compasivo de ‘sanar a las personas’, donde se distinga entre tratar enfermedades y tratar a seres humanos, entre buscar la curación y velar por el bienestar integral de cada individuo.

Existen múltiples alternativas terapéuticas para el alivio del dolor, las náuseas y las alteraciones psicológicas, y es nuestro de-

ber estudiar, analizar y reflexionar sobre estas opciones para evitar terapias sin respaldo científico que puedan dañar al paciente, pero, sí respetar las decisiones y creencias con respecto a métodos alternativos con la premisa de que no influyan negativamente en el estado de bienestar de los pacientes. El aspecto espiritual también es de suma importancia en el cuidado paliativo, y debe ser respetado sin ningún tipo de juicio. El trato con el paciente debe estar impregnado de respeto, ética, profesionalismo y paciencia, se debe generar un ambiente de confianza, donde tanto el cuidador como el paciente se sientan libres para expresar sus dudas, miedos, sueños y esperanzas.

En muchas ocasiones debemos preguntar al enfermo: ¿Qué extraña de su vida antes de la enfermedad?, ¿Qué extraña de su infancia?, ¿Qué es lo que más desea en este momento?, ¿Qué comida siente necesidad de probar ahora?, ¿Cuál era su pasatiempo favorito? Y en base a estos cuestionamientos, buscar la manera de cumplir estos deseos, y romper la barrera de limitantes con respecto a lo que se puede y no se puede hacer. Es muy común que los familiares digan cosas como: el café no es bueno para la salud y se prohíbe a pesar de que tiene muchos deseos de tomarlo. En un paciente terminal son muy pocas las cosas que se deben prohibir, el paciente tiene el derecho de disfrutar sus últimos días y que este tiempo se evite disgustos o malestar.

Un aspecto importante es la formación en el manejo de opiáceos, sobre todo en nuestra región, donde el uso de morfina sigue siendo subutilizado debido a creencias erróneas, miedos infundados y falta de información. Los beneficios de un uso responsable de los opiáceos en el alivio del dolor son incalculables y deben ser

difundidos y aplicados correctamente. Para ello, es fundamental fortalecer la educación médica continua, promover campañas de sensibilización dirigidas tanto a profesionales como a pacientes y desarrollar guías clínicas que faciliten su prescripción adecuada. Solo con una mayor capacitación y un enfoque basado en la evidencia se podrá garantizar que los opiáceos sean utilizados de manera eficaz y segura, mejorando así la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico o avanzado.

Por último, agradecemos a quienes hayan mostrado interés en conocer los temas abordados en este documento. Cada uno de ustedes forma parte de un cambio necesario hacia un sistema de salud más empático, oportuno y de calidad para los pacientes que requieren cuidados paliativos. Juntos, podemos marcar la diferencia y mejorar la calidad de vida de quienes más lo necesitan.

**¡Gracias por ser parte de esta importante causa!**

## Referencias bibliográficas

- Álvarez, M. (2011). Modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural aplicado en el centro de salud N° 1 de Azogues 2009-2011. [Tesis para obtener el título de Magíster en Salud Pública]. Universidad de Cuenca.
- Arroyo, C. (2020). *Psicooncología y Calidad de Vida*. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8151/Psicooncologia\\_ArroyoOrmeno\\_Mariel.pdf?sequence=1&isAllowed=](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8151/Psicooncologia_ArroyoOrmeno_Mariel.pdf?sequence=1&isAllowed=)
- Bao, T. (2009). Use of Acupuncture in the Control of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw, 7(5), 606-612. Recuperado de <https://doi.org/10.6004/jnccn.2009.0041>
- Battin, M., Pope, T., & Shavelson, L. (2023). Medical aid in dying: Ethical and legal issues. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/physician-assisted-dying?sectionName=Voluntary active euthanasia&search=%C3%A9tica en cuidados paliativos&topicRef=2202&anchor=H239077773&source=-see\\_link#H239077773](https://www.uptodate.com/contents/physician-assisted-dying?sectionName=Voluntary%20active%20euthanasia&search=%C3%A9tica%20en%20cuidados%20paliativos&topicRef=2202&anchor=H239077773&source=-see_link#H239077773)
- Bermúdez, A., Oliveira-Miranda, M., & Velázquez, D. (2005). La Investigación etnobotánica sobre plantas medicinales: Una revisión de sus objetivos y enfoques actuales. Interciencia, 30 (8), 453-459. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-18442005000800005&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-18442005000800005&lng=es&tlng=es).

- Biblioteca Virtual en Salud. (2016). Descriptores en Ciencias de la Salud. Instituto Nacional del Cáncer. <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=52919>
- Bu, Z.j., Wan, S.r., Steinmann, P., Yin, Z.t., Tan, J.p., Li, W.x., Tang, Z.y., Jiang, S., Ye, M.m., Xu, J.y., Zheng, Y.y., Wang, X.h., Liu, J.p., Liu, Z.l. (2024). Effectiveness and Safety of Chinese Herbal Injections Combined with SOX Chemotherapy Regimens for Advanced Gastric Cancer: a Bayesian Network Meta-Analysis. *Journal of Cancer*, 15(4), 889-907. <https://doi.org/10.7150/jca.91301>.
- Cabrera, Y., López-González, E., López-Cabrera, E., & Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115–127.
- Chaitin, E., & Rosielle, D. (2013). Responding to requests for nondisclosure of medical information. *Journal of palliative medicine*, 16(3), 320–321.
- Chang, W. & Lai, A. (2022) Cumulative burden of psychiatric disorders and self-harm across 26 adult cancers. *Nature Medicine*, 28(4), 860-870. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01740-3>
- Cherny, N. (05 de marzo de 2024). Palliative Sedation. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/palliative-sedation>
- Chock, M., Lapid, M, Atherton, P., Kung, S., Sloan, J., Richardson, J. Clark, M. & Rummans, T. (2013). Impact of a structured multidisciplinary intervention on quality of life of older adults with advanced cancer. *International Psychogeriatrics*, 25(12), 2077-2086. doi:10.1017/S1041610213001452
- Çınaroğlu, M., & Çınar, F. (2024). Evaluating the Efficacy of

Hypnotherapy in Cancer Care: A Comprehensive Review. Clinical Cancer Investigation Journal, 13(1), 13-22. <https://doi.org/10.51847/eg22059Hak>

- Clemens, K., Quednau, I., & Klaschik, E. (2008). Is there a higher risk of respiratory depression in opioid-naïve palliative care patients during symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids? Journal of palliative medicine, 11(2), 204–2016. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0131>
- Come, S. (2022). Overview of long-term complications of therapy in breast cancer survivors and patterns of relapse. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-long-term-complications-of-therapy-in-breast-cancer-survivors-and-patterns-of-relapse?search=cáncer%20a%20nivel\\_mundial&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-long-term-complications-of-therapy-in-breast-cancer-survivors-and-patterns-of-relapse?search=cáncer%20a%20nivel_mundial&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Cuesta, M. (2021). Abordaje familiar en los Cuidados Paliativos. Revista Digital Médica Psicosomática Psicoter, 11(2), 1-19.
- Del Fabbro, E. (2021). Assessment and management of nausea and vomiting in palliative care. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-nausea-and-vomiting-in-palliative-care?search=metoclopramida%20en%20c%C3%A1ncer&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-nausea-and-vomiting-in-palliative-care?search=metoclopramida%20en%20c%C3%A1ncer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Diaz-Juvier, Y., Hernández-Ortega, Y., Hernández-Rodríguez, L., Cuevas-Pérez, O., & Fernández-Ruiz, D. (2019). Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. MediSur, 17(4), 552-561.
- Dudelzak, L. (2003, julio). Sobre "Duelo y Melancolía" de S. Freud (1917). NODVS VII, . <https://scb-icf.net/nodus/contingut/arti->

cle.php?art=113&rev=21&pub=1

- Edajube. (2020). Introducción a la Farmacología. Exámenes y Apuntes de Enfermería Clínica. Edajube. <https://enfermeria.top/apuntes/farmacologia/introduccion/>
- Escalante, C. (2023). Cancer-related fatigue: Treatment. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/cancer-related-fatigue-treatment?sectionName=Cognitive-behavioral and psychosocial interventions&search=medicina alternativa en cuidados paliativos&topicRef=2831&anchor=H5&source=-see\\_link#H5](https://www.uptodate.com/contents/cancer-related-fatigue-treatment?sectionName=Cognitive-behavioral and psychosocial interventions&search=medicina alternativa en cuidados paliativos&topicRef=2831&anchor=H5&source=-see_link#H5)
- Espinoza, D. (2021). Determinación de consumo de medicamentos AINES en los pacientes de Hospitalización de Clínica Aguilar durante el año 2019 [Tesis previa a obtener el título de Máster en Farmacia con mención en Farmacia Clínica] Universidad de Guayaquil. [https://rraae.cedia.edu.ec/Record/UG\\_2a1bb33e0b377c6cad9b89724c08b189](https://rraae.cedia.edu.ec/Record/UG_2a1bb33e0b377c6cad9b89724c08b189)
- Fromme, E. (2023). Ethical issues in palliative care. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/ethical-issues-in-palliative-care?search=%C3%A9tica en cuidados paliativos&source=-search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/ethical-issues-in-palliative-care?search=%C3%A9tica en cuidados paliativos&source=-search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Fuentes, L. (2013). Enfermería ante los cuidados paliativos en Atención Primaria [Trabajo previo a la obtención del grado en Enfermería] Universidad de Cantabria. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3938/FuentesFernandezL.pdf?sequence=1>
- García, B., Hall, R., & Miranda, E. (2021). La ética del Cuidado Paliativo. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/cms/>

[uploads/attachment/file/646016/libro\\_etica\\_de\\_cuidado\\_paliativo\\_baja.pdf](uploads/attachment/file/646016/libro_etica_de_cuidado_paliativo_baja.pdf)

- González, E., Perdomo, J., Estrada, J., McFarlane, E., & Otero, M. (2014). Medicina tradicional, complementaria o alternativa en la medicina militar. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(1), 105–112. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcub-medmil/cmm-2014/cmm141l.pdf>
- Greenlee, H., Zachary, K., Siman, J., & Veleber, S. (2023). Overview of complementary, alternative, and integrative medicine practices in oncology care, and potential risks and harm. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-complementary-alternative-and-integrative-medicine-practices-in-oncology-care-and-potential-risks-and-harm>
- Hildenbrand, G. L., Hildenbrand, L. C., Bradford, K., & Cavin, S. W. (1995). Five-year survival rates of melanoma patients treated by diet therapy after the manner of Gerson: a retrospective review. *Alternative therapies in health and medicine*, 1(4), 29–37.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 206–221.
- Institutos Nacionales de Salud. (2011). ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa? Cam Basics Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS). <https://files.nccih.nih.gov/s3fs-public/informaciongeneral.pdf>
- Jeppesen E, & Juvet L. (2011) Complementary and alternative medicine for patients with cancer. *Kunnskapssenteret*, 12.
- Keown, D. (2005). End of life: the Buddhist view. *Lan-*

- cet, 366(9489), 952–955. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67323-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67323-0)
- Kimmons, R. (2019, 6 diciembre). Acupuncture reduces radiation-induced dry mouth for cancer patients. MD Anderson Cancer Center <https://www.mdanderson.org/newsroom/acupuncture-reduces-radiation-induced-dry-mouth-for-cancer-patients.h00-159308568.html>
  - Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2016). Sobre el duelo y el dolor. Ediciones Luciérnaga
  - León, F. (2008). Enfermería y paciente terminal: aspectos bioéticos. Enfermería Universitaria. 5(4), 39-44. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1028496/418-manuscrito-anonimo-797-1-10-20180417-1.pdf>
  - Lo, C., Hales, S., Chiu, A., Panday, T., Malfitano, C., Jung, J., Rydall, A., Li, M., Nissim, R., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2016). Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): randomised feasibility trial in patients with advanced cancer. BMJ Supportive & Palliative Care, 9(2), 209-218. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-000866>
  - Lluch, A., Linares, S., Naranjo, Y., & Concepción, J. (2021). Vínculos entre psicooncología y enfermería en el cuidado continuo de personas con cáncer de próstata. Revista Cubana de Enfermería, 37(4). Epub 10 de febrero de 2022. Recuperado en 20 de septiembre de 2024, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192021000400017&In-g=es&tLng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000400017&In-g=es&tLng=es).
  - Maté-Méndez, J., Gil, F., Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Trelis, J., & Calle, C. (2021). Consenso sobre el estándar de atención

psicooncológica, complejidad psicosocial y actividad asistencial en el Instituto Catalán de Oncología. *Psicooncología*, 18(1), 11-36.

- Miller-Smith, L., Lantos, J., & Pope, T. (2023). Palliative care: Medically futile and potentially inappropriate therapies of questionable benefit. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-medically-futile-and-potentially-inappropriate-therapies-of-questionable-benefit?search=%C3%A9tica\\_en\\_cuidados\\_paliativos&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-medically-futile-and-potentially-inappropriate-therapies-of-questionable-benefit?search=%C3%A9tica_en_cuidados_paliativos&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
- Mimiaga-López, G., Guillén-Núñez, M. del R., Rodríguez-Martínez, J., González-Cázares, A., & Juárez-Lemus, Á. (2022). Efectividad del tapentadol en el paciente oncológico con dolor neuropático. *Gaceta mexicana de oncología*, 21(1), 3-9.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2018). Cifras de Ecuador - Cáncer de Mama. Ministerio de Salud. <https://www.salud.gob.ec/cifras-de-ecuador-cancer-de-mama/>
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2022). Diagnóstico y detección oportunas son claves para mejorar calidad de vida de pacientes con cáncer. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. Ministerio de Salud (Direc (ed.)). <https://kimirina.org//wp-content/uploads/2023/05/MODELO-DE-ATENCION-INTEGRAL-DE-SALUD-MAIS.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017. Ministerio de Salud <https://es.scribd.com/document/463682206/261759838-Plan-Nacio>

nal-Cuidados-Paliativos-Ecuador-2015-2017-pdf

- Mok, T. S., Yeo, W., Johnson, P. J., Hui, P., Ho, W. M., Lam, K. C., Xu, M., Chak, K., Chan, A., Wong, H., Mo, F., & Zee, B. (2007). A double-blind placebo-controlled randomized study of Chinese herbal medicine as complementary therapy for reduction of chemotherapy-induced toxicity. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 18(4), 768–774. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdl465>
- Morales-Alpizar, C., & Salas-Herrera, I. (2004). Manejo farmacológico del dolor en el paciente oncológico. *Acta Médica Costarricense*, 46(3), 114–124.
- Motta, O. (2021). Cuidados Paliativos y Psicológicos en pacientes Oncológicos [Artículo de Seminario de Profundización en Psicooncología] Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/9f6fd234-ca15-4aeb-a522-72d35a1fcf71/content>
- Moya, G. (2012). Etnobotánica de las comunidades de Puerto Bolívar, Tarapuya, Aboquëhuira y Sototsiaya de la nacionalidad Siona, Provincia Sucumbíos, Ecuador. 2004-2005. [Proyecto de grado para obtener el título de Licenciada en Ciencias Biológicas y Ambientales]. Universidad Central del Ecuador.
- Muñoz, F., Espinosa, J., Portillo, J., & Benítez del Rosario, M. (2002). Cuidados paliativos: Atención a la familia. *Cuidados Paliativos*, 30(9), 576–580.
- Ojeda, J. (2021). Dolor en pacientes con padecimientos oncológicos. *Revista Finlay*, 11(4), 412–422.
- Okon, T., & Christensen, A. (2024). Overview of comprehensive patient assessment in palliative care. UpToDate. <https://www.uptodate.com>

[uptodate.com/contents/overview-of-comprehensive-patient-assessment-in-palliative-care?search=relatives of the Palliative care patient&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://uptodate.com/contents/overview-of-comprehensive-patient-assessment-in-palliative-care?search=relatives%20of%20the%20Palliative%20care%20patient&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

- Olivares, M. (2002). Factores biopsicosociales de la enfermedad neoplásica [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. <https://docta.ucm.es/entities/publication/d226de79-4023-4d6a-9cdb-9b68c844028a>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Medicina Tradicional Complementaria e Integrativa. Organización Mundial de la Salud <https://mtci.bvsalud.org/medicina-tradicional-en-la-ops-oms/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Cuidados Paliativos. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
- Pazos, J., & González, A. (2002). Técnicas de hidroterapia. Hidrocinesiterapia. Fisioterapia. Fisioterapia, 24(2), 34-42. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021156380173026X>
- Pelekasis, P., Matsouka, I., & Koumarianou, A. (2017). Progressive muscle relaxation as a supportive intervention for cancer patients undergoing chemotherapy: A systematic review. Palliative and Supportive Care, 15(4), 465-473. doi:10.1017/S1478951516000870
- Portenoy, R., Mehta, Z., & Ahmed, E. (2023a). Cancer pain management: General principles and risk management for patients receiving opioids. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/cancer-pain-management-general-principles-and-risk-management-for-patients-re>

ceiving-opioids?search=ética en cuidados paliativos&topicRef=2201&source=see\_link

- Portenoy, R., Mehta, Z., & Ahmed, E. (2023b). Cancer pain management with opioids: Optimizing analgesia. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/cancer-pain-management-with-opioids-optimizing-analgesia?search=opioides> en el cancer&source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1
- Puebla Diaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología Barcelona, 28(3), 33–37. Recuperado en 20 de septiembre de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlang=es).
- Quill, T., & Holloway, R. (2011). Time-limited trials near the end of life. JAMA internal medicine, 306(13), 1483–1484.
- Quishpi, E. (2015). Estado actual de la atención en Salud Mental, en relación al Plan Nacional para el Buen Vivir, de la zona urbana de la provincia del Cañar. [Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica, Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4814/1/11261.pdf>
- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.7 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [25 de enero de 2024].
- Redelmeier, D. A., Ng, K., Thiruchelvam, D., & Shafir, E. (2021). Association of socioeconomic status with medical assistance in dying: a case-control analysis. BMJ open, 11(5), e043547. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043547>
- Resúmenes de Farmacología. (2018). Historia de los Opioaceos.

Docsity. <https://www.docsity.com/es/historia-de-los-opiaceos/7904068/>

- Rivest, J., Longpré-Poirier, C., Desbeaumes Jodoin, V., Martineau, J. T., Chammas, M., Aubin, F., Caron, D., & Levenson, J. A. (2023). Biomarkers use in psycho-oncology practice: Are we there yet? *Palliative and Supportive Care*, 21(6), 963–966. doi:10.1017/S1478951523001438
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677–684.
- Rojas, C., & Gutiérrez, Y. (2016). Psicooncología. Aportes a la Comprensión y la Terapéutica.
- Rosenbaum, L. (2020). Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *The New England journal of medicine*, 382(20), 1873–1875.
- Roy-Byrne, P. (2023). Management of psychiatric disorders in patients with cancer. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/management-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer?search=medicina alternativa en cuidados paliativos&topicRef=2831&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/management-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer?search=medicina%20alternativa%20en%20cuidados%20paliativos&topicRef=2831&source=see_link)
- Salles, L., & Silva, M. (2008). Iridology: A systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42, 596–600.
- Song, S. Y., Park, J. H., Lee, J. S., Kim, J. R., Sohn, E. H., Jung, M. S., & Yoo, H. S. (2020). A Randomized, Placebo-Controlled Trial Evaluating Changes in Peripheral Neuropathy and Quality of Life by Using Low-Frequency Electrostimulation on Breast Cancer Patients Treated With Chemotherapy. *Integrative cancer therapies*, 19, 1534735420925519. <https://doi.org/10.1177/1534735420925519>

[org/10.1177/1534735420925519](https://doi.org/10.1177/1534735420925519)

- Sotelo, D. (2020). Reseña Histórica de las Instituciones Que Cambiaron el Curso de la Historia del Cáncer (MSKCC, NCI, MDACC, GUSTAVE ROUSSY, NCI). Revista Academia Nacional de Medicina, 42(4) 632-639. <https://www.revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1564/1991>
- Stalpers, L., Merbis, M., Da Costa, H., Fortuin, A., & Van Dam, F. (2001). A randomized trial of hypnotherapy during radiotherapy: improvement in well being but no reduction of anxiety or increase in quality of life. International Journal Of Radiation Oncology\*Biology\*Physics, 51(3), 412. [https://doi.org/10.1016/s0360-3016\(01\)02581-0](https://doi.org/10.1016/s0360-3016(01)02581-0)
- Strada, A., & Portenoy, R. (2023). Rehabilitative and integrative therapies for pain in patients with cancer. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/rehabilitative-and-integrative-therapies-for-pain-in-patients-with-cancer>
- Sudore, R., & Fried, T. (2010). Redefining the “planning” in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. Annals of internal medicine, 153(4), 256-261. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00008>
- Tanblay, A., & Bañados, B. (2004). Psicooncología del Cáncer de Mama [Memoria para obtener el título de Psicóloga]. Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113362/cs39-tamblaya14.pdf?sequence=1>
- Tornero, M., & Montero, A. (2021). Revisión del tratamiento farmacológico del dolor secundario a artrosis con paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos clásicos (AINE) y los inhibidores selectivos de la ciclooxygenasa tipo 2 (COXIB). Revista de la

Sociedad Española del Dolor, 28 (Supl.), 43–48.

- Troncoso, P., Rydall, A., & Rodin, G. (2019). Psicooncología en cáncer avanzado. Terapia CALM, una intervención canadiense. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 57(3), 238–246.
- Truog, R. (2018). Defining Death-Making Sense of the Case of Jahi McMath. *JAMA*, 319(18), 1859–1860. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.3441>
- Tuppia, A. (2020). Técnicas de Intervención en Adultos [Tesis para obtener el título de Psicóloga]. Universidad Católica San Pablo. <https://repositorio.ucsp.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/43965644-ccc8-44d6-8023-8298005e2356/content>
- UN News. (2021, 5 octubre). Only 1 in 10 people who need palliative care, receive it: WHO. *United Nations Issues*. <https://www.globalissues.org/news/2021/10/05/28983>
- Vademecum. (2022). Paracetamol (N02BE01). *Vademecum*. <https://www.vademecum.es/principios-activos-paracetamol-n02be01>
- Vargas, A., López, M., Lillo, C., & Vargas, M. (2012). El papiro de Edwin Smith y su trascendencia médica y odontológica. *Revisa Médica Chile*, 140(10), 1357–1362.
- Vargas, J. (2020). Intervenciones Terapéuticas Centradas en la Espiritualidad en Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer [Tesis para obtener el Diplomado en Psico-oncología]. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/035773c1-d5e6-4fdf-9a3f-178eef66a781/content>

- Vázquez, J. (2011). *Manual Profesional del Masaje*. Editorial Paidotribo
- Verástegui-Áviles, E., & Allende-Pérez, S. (2013). Aspectos éticos en pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos. *Gaceta mexicana de oncología*, 12(4), 250–255.
- Vicente-Herrero, M., Delgado-Bueno, S., Bandrés-Moya, F., Rámirez-Iñiguez-de-la-Torre, M., & Capdevilla-García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228–236.
- VLeiva-Vásquez, O., & Pérez-Cruz, P. (2021). Paracetamol como coadyuvante a opioides fuertes en dolor oncológico moderado a intenso: ¿es realmente efectivo? *Revista médica de Chile*, 149(6), 899–905.
- Wang, X., Dai, Z., Zhu, X., Li, Y., Ma, L., Cui, X., & Zhan, T. (2024). Effects of mindfulness-based stress reduction on quality of life of breast cancer patient: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 19(7), e0306643. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306643>
- Zubimendi, R., Moreno, A., & Gutiérrez, J. (2022). Dolor Oncológico. *Manual Clínico de Urgencias Pediátricas*, 2–9.



Este libro se terminó de imprimir en septiembre de 2025  
en el PrintLab de la Universidad del Azuay, en  
Cuenca del Ecuador.



Enfrentar el cáncer en etapa avanzada es una experiencia profunda, tanto para el paciente como para sus seres queridos. Sanar con amor es una guía compasiva y profesional que ofrece herramientas, reflexiones y acompañamiento en el camino de los cuidados paliativos oncológicos.

Desde una mirada integral, el Dr. Christian Gabriel Villa Clavijo, oncólogo clínico y docente universitario, así como la autora Mgstr Rosa Castillo docente universitaria y con experiencia en pacientes paliativos desde la parte de enfermería, reúnen en estas páginas su experiencia médica y en enfermería, su compromiso ético y su sensibilidad humana, para ofrecer una atención centrada no solo en aliviar el dolor físico, sino también en cuidar el alma.

Este libro está dirigido a profesionales de la salud, estudiantes, cuidadores y a toda persona que desee comprender mejor cómo acompañar con dignidad, respeto y amor a quienes transitan la última etapa de la vida.

Porque sanar no siempre significa curar, pero siempre significa amar, escuchar y estar presente.



**UNIVERSIDAD  
DEL AZUAY**

Casa  Editora

ISBN: 978-9942-670-97-7

A standard barcode representing the ISBN number 978-9942-670-97-7.