

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

<https://doi.org/10.35381/s.v.v10i1.5052>

Manejo del dolor en paciente con cáncer terminal

Pain management in terminal cancer patient

Ximena Margoth Ugsha-Neto

ximenaun99@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0007-2493-1183>

Lupita Melania Armijos-Campoverde

pg.docentelma@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0006-0354-3037>

Ariel José Romero-Fernández

ua.arielromero@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-1464-2587>

Recibido: 15 de noviembre 2025

Revisado: 10 de enero 2026

Aprobado: 01 de febrero 2026

Publicado: 15 de febrero 2026

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

RESUMEN

Objetivo: identificar las acciones farmacológicas y no farmacológicas que permitan un adecuado manejo de los pacientes oncológicos en etapas avanzadas. **Método:** la investigación fue cualitativa, descriptiva y aplicada, sustentada en una revisión bibliográfica y análisis documental de artículos científicos indexados, tesis y libros. Se consultaron bases de datos como Scielo, PubMed y Dialnet, lo que permitió sintetizar los principales aportes sobre el manejo del dolor en cáncer terminal. **Resultados:** la escalera analgésica de la OMS es la herramienta más empleada, destacando opioides potentes como morfina, fentanilo y metadona, además de codeína, hidrocodona y oxicodona. En casos de resistencia se recurrió a terapias intervencionistas (bloqueos nerviosos, cordotomía, neurólisis, neuromodulación y radioterapia) y a intervenciones no farmacológicas como aromaterapia, musicoterapia, masajes y psicoterapia. **Conclusión:** el abordaje integral, combinando estrategias farmacológicas, intervencionistas y complementarias, resulta esencial para optimizar el control del dolor, mejorar la calidad de vida y favorecer un enfoque paliativo humanizado.

Descriptores: Abordaje multidimensional; cáncer terminal; calidad de vida; manejo del dolor; pacientes con cáncer terminal. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: to identify pharmacological and non-pharmacological actions that enable adequate management of oncological patients in advanced stages. **Method:** the study was qualitative, descriptive, and applied, based on a bibliographic review and documentary analysis of indexed scientific articles, theses, and books. Databases such as Scielo, PubMed, and Dialnet were consulted, allowing the synthesis of key contributions regarding pain management in terminal cancer. **Results:** the WHO analgesic ladder emerged as the most widely used tool, highlighting potent opioids such as morphine, fentanyl, and methadone, along with codeine, hydrocodone, and oxycodone. In cases of resistance, interventional therapies (including nerve blocks, cordotomy, chemical neurolysis, neuromodulation, and radiotherapy) were employed. Non-pharmacological interventions such as aromatherapy, music therapy, massage, and psychotherapy also contributed to pain management. **Conclusion:** an integral approach that combines pharmacological, interventional, and complementary strategies is essential to optimize pain control, improve quality of life, and promote a humanized palliative care perspective.

Descriptors: Multidimensional approach; pain management; patients with terminal cancer; quality of life; terminal cancer. (Source: DeCS).

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

INTRODUCCIÓN

El dolor es uno de los principales síntomas que presenta el paciente oncológico y el 90 % de estos corresponden a pacientes en etapa terminal. Es bien conocido que el cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial, prevaleciendo entre ellos el cáncer hepático, pulmonar, gástrico, colorrectal y mamario ¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2030 existirán 27 millones de casos nuevos de cáncer a nivel mundial afectando en su gran mayoría a países en vías de desarrollo ².

La mayoría de los cánceres son diagnosticados en etapas avanzadas lo que ha limitado que se proporcione un tratamiento curativo, dejando como alternativa la aplicación de tratamientos paliativos cuyo objetivo es el control de los síntomas refractarios como el dolor ¹. El dolor, descrito como una sensación insoportable, aterradora e imprecisa, repercute en el estado físico, psicológico y social del paciente, pudiendo llegar a presentar irritabilidad, depresión, pérdida del apetito y dificultad para dormir, afectando su calidad de vida ².

Hoy en día, el cáncer es una de las enfermedades que mayor prevalencia tiene en la sociedad, millones de personas se ven afectadas por este fenómeno y las consecuencias que este trae consigo, es conocido que durante las fases avanzadas de la enfermedad los síntomas se tornan multidimensionales agravándose de forma progresiva e incrementando la necesidad de cuidados paliativos, los cuales están encaminados al manejo de los síntomas y mejoramiento de la calidad de vida en el paciente terminal ³.

Cabe mencionar que uno de los síntomas a tratar en el paciente oncológico terminal es el dolor, el cual va en aumento conforme progresa la enfermedad y es uno de los síntomas más temidos por el paciente ⁴. Indudablemente, los tratamientos farmacológicos han ayudado al control y manejo del dolor en etapas terminales, pero la falta de valoración y evaluación de este hace que el manejo pueda resultar inadecuado, creando de esta manera la necesidad de analizar terapias complementarias que resulten beneficiosas para el manejo del dolor ⁵.

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

El dolor es uno de los síntomas más persistentes y de difícil control en el paciente con cáncer terminal, pese a los tratamientos terapéuticos que se utilizan en ocasiones este no disminuye, en varios pacientes se ha apreciado que el dolor de difícil manejo está asociado a otros factores como el miedo, preocupación, y cambios en el estado emocional como la depresión ⁶. Un inadecuado manejo del dolor puede estar relacionado con diversos factores como la intensidad, poca tolerancia a los tratamientos farmacológicos con opioides, efectos adversos de la medicación que imposibilita subir las dosis requeridas, y en un gran número de pacientes el componente emocional ha representado un importante factor en el manejo del dolor, afectando de esta manera la calidad de vida de los pacientes de forma física, psicológica, emocional y espiritual ⁷.

El manejo del dolor se realiza de acuerdo a una valoración centrada en el paciente y al tipo de dolor que refiera, pudiendo ser este de tipo somático o nociceptivo, visceral, neuropático o mixto; además, se incluyen valoraciones que describan al dolor en cinco ejes fundamentales, tomando en cuenta su localización, irradiación, sistema orgánico afectado, característica temporal, intensidad, etiología, sin dejar de lado la parte psicosocial ⁸. El dolor cambia según las etapas de la enfermedad y suele ser más recurrente en las fases terminales del proceso oncológico, varias revisiones han descrito la concurrencia del dolor neuropático y dolor irruptivo como los tipos que se presentan con más frecuencia en fases avanzadas de la enfermedad ⁹.

Para realizar el abordaje del dolor de una manera individualizada y centrada en cada paciente, se ha visto necesario el uso de varios instrumentos que permitan su valoración y evaluación como son: escala analógica visual, cuestionario del dolor McGill, cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico, cuestionario DN4, cuestionario breve del dolor, entre otros ¹⁰. Valorar y clasificar el tipo de dolor en el paciente oncológico terminal brinda una pauta para determinar las terapias farmacológicas y no farmacológicas que permitan un adecuado manejo del síntoma por parte del equipo multidisciplinario de salud; el mismo que tiene como propósito primordial mantener al

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

paciente el mayor tiempo sin dolor, favorecer el descanso nocturno y evitar efectos adversos, utilizando la analgesia convencional, coanalgésicos y coadyuvantes ¹¹.

El tratamiento del dolor es un derecho humano universal que requiere de la formación de los profesionales de la salud y acceso a la medicación, gran parte de los pacientes con cáncer terminal son propensos a presentar síntomas de difícil control lo que ha permitido incorporar diversas formas de aliviar estos síntomas y brindarle al paciente una atención integral digna hasta el final de la vida ¹². Las consecuencias de un dolor oncológico tratado inadecuadamente, afecta la calidad de vida del paciente incluyendo alteraciones en el sueño, sufrimiento, angustia y aislamiento familiar y social. Entender al paciente oncológico terminal como un ser biopsicosocial permite que el dolor sea valorado de una manera diferente, y así realizar intervenciones psicoafectivas en la familia y en el paciente, mejorando de esta forma la calidad de la analgesia ^{6 13}.

En la mayoría de los casos se logra un alivio sintomático del dolor utilizando guías recomendadas por la OMS y otras sociedades científicas encaminadas a cuidados paliativos. De esta manera, considerando que la escalera analgésica de la OMS es un método que orienta el tratamiento farmacológico para el control del dolor, ha distribuido su organización en tres escalones en donde figuran fármacos AINE, opioides débiles y opioides potentes respectivamente, los cuales se pueden utilizar en combinación con fármacos coadyuvantes si fuera necesario. Actualmente estos fármacos forman parte del manejo terapéutico del dolor en el paciente terminal ¹⁴.

Las opciones de abordaje para el tratamiento del dolor por cáncer son integrales, y se considera que los fármacos opioides son los medicamentos estándar para el control del dolor, así como también se describe el uso de terapias intervencionistas como la vía intratecal para la administración de morfina que ha resultado benéfica para los pacientes, potenciando el efecto analgésico y reduciendo los efectos secundarios asociados. Fármacos adyuvantes, masajes terapéuticos, musicoterapia, aromaterapia y acupuntura han sido descritos como parte del tratamiento no farmacológico para el manejo del dolor

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

8 15

A lo largo de los años se ha visto como el cáncer afecta a las personas que lo padecen en varias esferas y etapas de su vida, estas repercusiones aparecen desde el momento de su diagnóstico y se exacerban en etapas terminales, de este modo se sabe que el dolor es uno de los síntomas más difíciles de controlar y que aqueja a la mayoría de los pacientes, actualmente se ha descrito que el manejo del dolor en el paciente oncológico terminal resulta inadecuado pese a los avances de la medicina, ya sea por falta de acceso a la medicación y otros factores sobreañadidos. El objetivo del presente artículo es identificar las acciones farmacológicas y no farmacológicas que permitan un adecuado manejo del dolor en pacientes con cáncer terminal, mediante una revisión bibliográfica.

MÉTODO

El presente trabajo está orientado según el enfoque a una investigación predominantemente cualitativa ya que se realiza una revisión bibliográfica de información científica y síntesis de los principales resultados acerca del manejo del dolor en pacientes con cáncer terminal. Según su alcance se considera descriptiva puesto que tras el análisis documental se podrá identificar las acciones farmacológicas y no farmacológicas que contribuyan y permitan un adecuado manejo del dolor. Finalmente, se trata de una investigación aplicada con la que se busca proporcionar conocimientos necesarios a los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de salud acerca del manejo oportuno del dolor en este grupo de pacientes.

El trabajo se lleva a cabo mediante una revisión bibliográfica de documentos que incluyen artículos científicos indexados a revistas, libros, tesis de maestrías, doctorados y ponencias en congresos científicos e internacionales, utilizando como fuentes de búsqueda bases de datos como: Scielo, Pubmed, Dialnet, Lilacs, Eureka, Amolca y Manual moderno. El 50 % de estos documentos deben corresponder a los últimos cinco años, tomando en cuenta la fecha en la que se desarrolla esta investigación, mientras

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

que el 50 % de la información restante podrá corresponder a años inferiores. Las bibliografías tomadas en cuenta para este trabajo están enfocadas en el manejo del dolor en pacientes adultos, mayores de 18 años, con cáncer terminal.

Como criterio de exclusión se considera que no se tomará en cuenta información de poco impacto académico, artículos publicados en periódicos, entrevistas, tesis de pregrado, sitios web sin arbitraje académico y documentos relacionados al manejo del dolor en pacientes pediátricos con cáncer terminal. El método a aplicar para la obtención de datos es a base de un análisis documental que recaba información de documentos relacionados con el tema de interés.

RESULTADOS

Para proporcionar una adecuada analgesia en pacientes oncológicos al final de la vida es necesaria una correcta evaluación e individualización del tratamiento, el cual se basa en la escalera analgésica propuesta por la OMS, en donde los opioides como la oxicodona y la hidromorfona son los medicamentos de elección en casos de dolor moderado a intenso en combinación de otros analgésicos no opioides. También, se ha recomendado dependiendo de las características del paciente el uso de fentanilo transdérmico a través de parches de cinco capas de liberación constante en 72 horas, lo que representa una alternativa menos invasiva y muy eficaz en pacientes terminales ¹⁶.

En pacientes que presentan dolor moderado y que no han sido tratados con opioides anteriormente ha resultado beneficiosa la utilización de tramadol, codeína y morfina en dosis de 5 a 15 miligramos de liberación inmediata, aumentando la dosis en un 50 a 100 % si el dolor no ha disminuido y ajustándola en un tiempo de 24 horas. En pacientes con dolor terminal se ha evidenciado que el uso de opioides potentes en dosis bajas ha resultado beneficioso, al igual que en casos de dolor urgente han recomendado el uso de morfina intravenosa en dosis de 2 a 5 miligramos cada 15 minutos, una vez controlada la crisis se puede utilizar la vía oral o transdérmica ¹⁷.

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

Las combinaciones de fármacos orales de acción corta han sido establecidos como tratamiento de primera línea en casos de dolor irruptivo que se presenta con mayor frecuencia en estadios avanzados de la enfermedad, como es el caso de tramadol y acetaminofén gracias a su fácil utilización y rápida acción. También, se describe el uso morfina en mayor porcentaje y fentanilo en sus diferentes presentaciones como tabletas de administración sublingual, aerosol intranasal y películas solubles para administración bucal ¹⁸.

Estudios realizados han demostrado la efectividad del uso de morfina por vía intratecal en dosis bajas para manejo del dolor, consiguiendo una reducción en su intensidad, que varía de nueve a uno en la escala de EVA después de 30 días de iniciado el tratamiento. Esto se encuentra atribuido a que la vía intratecal permite mayor concentración del analgésico en los receptores opioides y proporciona una disminución de los efectos adversos asociados a este grupo de fármacos, como náuseas, vómito, estreñimiento, entre otros ¹⁵.

Las medidas no farmacológicas por su parte están encaminadas a generar bienestar en el paciente, tanto a nivel físico, psicológico y social, para ayudar a cubrir las necesidades que se ven alteradas conforme avanza la enfermedad. De esta manera, se ha descrito que una de las intervenciones más utilizadas por sus efectos analgésicos, reducción de edema, incremento del flujo de sangre, alivio de espasmos musculares e inflamación es la crioterapia mediante el uso de compresas de hielo y paquetes de gel en el área afectada, produciendo disminución de la conducción nerviosa por lo que se genera alivio del dolor ^{1 10}.

Se ha descrito que la aplicación de calor, posturas antiálgicas, espacios ambientales adecuados como habitaciones limpias, iluminadas, libre de ruidos, sábanas limpias, secas sin arrugas; técnicas de relajación donde se recomienda mantener cerrados los ojos y pensar en situaciones o momentos agradables mientras se enseña que realice respiraciones profundas y rítmicas, así como también técnicas de visualización creando

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

una imagen mental agradable y que consiga relajar al paciente, distracción, musicoterapia con melodías que sean de gusto del paciente genera relajación tanto física como emocional, intervención psicosocial y educativa al paciente y familia aclarando conceptos erróneos y ayudando a generar un plan de cuidados para reducir el dolor. Estas han sido actividades que generan bienestar y disminución del dolor ¹⁰.

El uso de productos naturales, prácticas de cuerpo y mente, prácticas de manipulación basadas en el cuerpo como aromaterapia, masajes con aceite de lavanda por sus beneficios analgésicos y sedación son parte de las terapias complementarias que han resultado efectivas en la reducción del dolor. El masaje terapéutico en cuello, espalda, miembros superiores, miembros inferiores, movilización y ejercicios pasivos están asociados al alivio del dolor descrito por los pacientes y una mejor calidad de vida ².

Terapias intervencionistas han sido utilizadas por su eficacia y buenos resultados en el manejo del dolor; así es el caso de la cordotomía cervical, que es considerada un procedimiento que ha permitido obtener una analgesia inmediata en el 69 a 100 % de los casos y reducir progresivamente el uso de opioides, recomendada en casos de dolor somático y compresión de nervios, ideal en pacientes que han permanecido en tratamiento con morfina por un largo periodo de tiempo y con esperanza de vida corta ¹⁹. Estudios han contribuido a demostrar la idoneidad del uso de metadona en pacientes con cáncer terminal, utilizando la técnica *Stop and Go* (SGO) que consiste en suspender los analgésicos previamente utilizados e instaurar de manera inmediata la dosis de metadona, haciendo posible su uso cuando se requiere de una analgesia inmediata e incluso en pacientes que no han recibido tratamiento previo con opioides, esto bajo la supervisión de profesionales con experticia en administración de metadona. Esta técnica ha permitido identificar una disminución del dolor según escalas numéricas y verbales al día tres, cinco y siete de iniciado el tratamiento ²⁰.

Debido a la presencia de metástasis en diferentes regiones corporales como pulmones, hígado y tórax existen pacientes que han desarrollado tolerancia a los tratamientos

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

analgésicos convencionales, con opioides en dosis escaladas y fármacos adyuvantes sin conseguir respuesta favorable, por lo cual ha sido necesario en ciertos casos aplicar técnicas intervencionistas a través de neurólisis química con fenol, inyectándose para este fin cinco mililitros de lidocaína al 2 %, cinco mililitros de medio contrastado y 20 mililitros de fenol mediante guía ultrasonográfica en el área afectada, consiguiendo un efecto analgésico por denervación de fibras nociceptivas. Con la aplicación de esta técnica se ha reportado una disminución del dolor en un 50 % a las 48 horas de realizado el procedimiento y un mejoramiento en la calidad de vida en el paciente terminal ²¹.

La sedación paliativa es considerada como último recurso para el alivio de síntomas refractarios en pacientes con enfermedad oncológica avanzada, con esperanza de vida menor a seis meses o situaciones donde la muerte es inminente, la misma consiste en la administración de medicamentos controlados como benzodiazepinas de inicio de acción rápida como midazolam y barbitúricos como fenobarbital en dosis bajas ajustadas a la condición del paciente, con el fin de disminuir el estado de consciencia y aliviar o reducir el sufrimiento. Para iniciar una sedación paliativa es necesaria una evaluación multidisciplinaria que incluya equipo de cuidados paliativos, psicólogos y especialistas en manejo del dolor y posterior monitorización ⁴.

Sabiendo que el dolor es un síntoma que se presenta con frecuencia en estadios avanzados del cáncer y que hay un porcentaje de pacientes en los que el dolor no responde a terapias habituales, ya sea porque hay factores físicos, psicológicos y espirituales que conllevan a un dolor total refractario al tratamiento, ha sido indicada en estos casos la sedación paliativa haciendo uso de los criterios que indican y justifican dicho fin. Mediante la aplicación de esta técnica se ha alcanzado alivio del dolor hasta el final de la vida ⁷.

El abordaje epidural mediante administración de bupivacaína y morfina 1 miligramo cada 24, 12 y 8 horas según demanda del paciente con dolor moderado a severo, ha permitido una reducción de la intensidad del mismo y disminución del uso de dosis de rescate en

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

periodos de exacerbación del dolor. También, se plantea que abordar al paciente de manera multidimensional considerándolo como un ser biopsicosocial y proporcionar educación a la familia ha permitido una mejora en la calidad de la analgesia y reducción de dosis de medicamentos ⁶.

Manejo de medicamentos Aines, opioides y fármacos adyuvantes según la escalera analgésica de la OMS han sido descritos como tratamiento de elección para el dolor dependiendo de su intensidad. También, se describe el uso de radioterapia analgésica en dosis reducidas utilizada para controlar el dolor por metástasis ósea asociada a tumores malignos de pulmón, cabeza, cuello y abdomen en estadios avanzados y que ha resultado efectivo al disminuir el dolor en los pacientes oncológicos terminales ya que esta modalidad de tratamiento permite reducción del tamaño del tumor y destrucción de las células tumorales ⁸.

Morfina de liberación inmediata ha sido utilizada para el control de periodos de exacerbación del dolor, pero dado que su mecanismo no es el ideal para este tipo de dolor, se ha recomendado opioides de acción rápida como fentanilo transmucoso o intranasal. En este sentido, es necesario mencionar la importancia del proceso de titulación de los opioides con lo cual se busca personalizar la dosis de analgésico requerido con el menor riesgo de toxicidad. En este contexto, también, hay que considerar que en pacientes que presentan poca tolerancia a los efectos adversos que causan los fármacos opioides han sido de utilidad terapias intervencionistas como neurólisis del plexo celiaco, infusión neuroaxial a través de vías percutáneas o bombas implantadas y bloqueos nerviosos para disminución del dolor ⁹.

Bloqueos neurolíticos, bloqueos de plexos y nervios, neuromodulación y ablación por radiofrecuencia han sido descritos como procedimientos de utilidad en pacientes que no pueden controlar el dolor con los tratamientos convencionales, esto a razón de que las intervenciones descritas tienen menos efectos adversos que el tratamiento con opioides y ofrece una mejor analgesia en la mayoría de los casos. De igual forma, se menciona

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

que la combinación de fármacos como morfina, hidrocodona clonidina y anestésicos locales como la bupivacaína han proporcionado alivio eficaz del dolor ²².

Dado que el dolor implica repercusiones a nivel físico, psicológico y espiritual, se ha descrito que la aplicación de terapias cognitivo-comportamentales a través de la relajación, hipnosis y ejercicios de respiración han aumentado el sentido de control del dolor en el paciente, así también intervenciones psicológicas que comprende educación e información acerca de aspectos relacionados al dolor y medicación utilizada. La psicoterapia para facilitar la expresión de sentimientos, emociones y mejorar pensamientos o actitudes negativas y la atención a las necesidades espirituales han sido estrategias eficaces durante el manejo analgésico ^{23 24}.

En pacientes con dolor de moderado a severo ha resultado eficaz el uso de medicamentos opioides de corta acción, entre ellos se recomienda utilizar morfina en dosis de 5 a 15 miligramos vía oral, al igual que la hidrocodona y oxicodona en dosis de administración oral han resultado igualmente efectivas. En casos de que se requiera alivio del dolor inmediato se puede utilizar la vía de administración parenteral o subcutánea utilizando para este fin dosis de 2 a 5 miligramos de morfina, teniendo en consideración las características del paciente ²⁴.

Por otra parte, se ha descrito que el tramadol es uno de los medicamentos utilizados con mayor frecuencia en pacientes que presentan dolor por metástasis óseas asociado a cáncer de mama, dolor que tuvo una evaluación de siete en la escala de EVA y que tras la administración del fármaco se obtuvo analgesia en un porcentaje del 81.48 % reduciendo el puntaje de la evaluación inicial a tres y cuatro. Pese a esto, es importante mencionar que en casos de dolor intenso lo más recomendado es la administración de opioides potentes; sin embargo, la falta de una adecuada evaluación puede repercutir en el medicamento elegido para el manejo analgésico ¹³.

La estimulación eléctrica medular es considerada como un procedimiento con enfoque no farmacológico que posibilita el control del dolor terminal intenso, ideal en pacientes

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

que presentan dolor neuropático refractario a otras modalidades de tratamiento, el cual consiste en aplicar estímulos eléctricos en la medula espinal para modular o interferir en la transmisión de señales dolorosas por las diferentes vías, consiguiendo una analgesia efectiva. Sin embargo, es necesario mencionar que su limitada utilización está asociada a los elevados costos de los sistemas que son requeridos para el procedimiento ²⁵.

DISCUSIÓN

Los pacientes oncológicos terminales se han visto afectados por un inadecuado manejo del dolor, el mismo que varias veces puede considerarse como un síntoma refractario a los tratamientos convencionales y que repercute en aspectos físicos, psicológicos y emocionales del paciente, por lo que se han propuesto varias alternativas para su manejo las cuales están encaminadas a proporcionar alivio en todos los aspectos que se encuentran relacionados al dolor.

De esta manera, se ha descrito que la escalera analgésica de la OMS con sus diferentes escalones, que dan pautas de tratamiento según la intensidad del dolor, ha sido la herramienta más utilizada para el manejo del dolor en pacientes al final de la vida. Dentro de los medicamentos que figuran en dicha escala se destaca el uso de opioides potentes como la morfina que ha sido considerada como el medicamento de elección para el manejo de dolor con intensidad de moderado a severo e incluso para dosis de rescate en casos de dolor irruptivo. También, el uso de fentanilo en dosis bajas y en sus diferentes presentaciones ya sea de uso transmucoso, parches transdérmicos, películas para administración bucal y sublingual han proporcionado una analgesia eficaz en este grupo de pacientes ^{16 18}.

En este contexto, también, es importante mencionar que dentro del tratamiento farmacológico existe la disponibilidad de otros medicamentos pertenecientes al grupo de los opioides descritos en la escalera analgésica de la OMS; los cuales han sido igualmente eficaces en el manejo del dolor, entre ellos se destacan, tramadol oxicodona,

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

codeína, hidromorfona y metadona que colocados por sus diferentes vías de administración han ofrecido buenos resultados en el manejo analgésico de los pacientes terminales.

De igual forma, se puede señalar que las diferentes vías de administración de fármacos son un importante factor a considerar a la hora del manejo del dolor, de este modo se da a conocer que un abordaje espinal ya sea intratecal o epidural utilizando medicamentos de elección como morfina y acompañado de anestésicos como bupivacaína han permitido un buen manejo del dolor, debido a que estas vías de administración permiten una mayor concentración del fármaco y reduce los efectos adversos asociados ^{6 15}.

En el manejo farmacológico del dolor se ha recomendado ampliamente el uso de morfina en dosis de liberación inmediata para su control, incluso en periodos de exacerbación ¹⁸. Sin embargo, Jara et al. ⁹ no lo establece así, pues considerando que este fármaco no es el apropiado para este fin se ha propuesto el uso de opioides de acción rápida como el fentanilo, administrado por vía transmucosa o intranasal titulando las dosis a utilizar de acuerdo a las características presentes en cada paciente.

Las terapias intervencionistas también han contribuido al manejo del dolor en pacientes con cáncer terminal, sobre todo en casos donde la muerte es inminente y la calidad de vida está gravemente afectada por el dolor asociado y la poca respuesta a tratamientos convencionales, así coinciden Cardoso et al. ¹⁹ y Cárdenas et al. ²¹, quienes describen que los bloqueos de nervios, neurólisis química con fenol y cordotomía cervical han arrojado buenos resultados en el manejo del dolor, consiguiéndose una analgesia eficaz y reduciendo los niveles del dolor en un 50 a 100 % de los casos, respectivamente, y después de aplicadas las técnicas.

De igual manera se menciona que los bloqueos nerviosos son procedimientos que ofrecen una mejor calidad de analgesia al paciente, puesto que en comparación con los tratamientos farmacológicos a base de opioides y suprimiendo las complicaciones asociadas, estos presentan menos efectos adversos, lo que deja de manifiesto su

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

utilización incluso mucho antes de que el paciente se encuentre en un estadio terminal, ofreciendo de esta forma una mejor calidad de vida y reducción del dolor.

Por otra parte, también se ha descrito que uno de los recursos a utilizar en situaciones donde el dolor en pacientes oncológicos resulta refractario a otros tratamientos es la administración de benzodiacepinas y barbitúricos, que son fármacos permitidos para conseguir una sedación y disminución del nivel de conciencia; lo cual favorece a aliviar el dolor. Una vez instaurada esta modalidad de tratamiento es importante que el paciente se encuentre constantemente vigilado por el personal de salud, el cual debe poseer la suficiente experiencia y conocimientos en el manejo del dolor y cuidados paliativos.

Finalmente, teniendo en cuenta que el dolor oncológico terminal tiene un origen multifactorial pudiendo estar asociado a aspectos psicológicos, emocionales o espirituales del paciente y que hace que resulte difícil su manejo, se ha incorporado el uso de terapias no farmacológicas como la aromaterapia, uso de aceite de lavanda por sus efectos sedantes y relajantes, masajes en regiones corporales como cuello, espalda, miembros superiores e inferiores, crioterapia, aplicación de calor, posturas antiálgicas, espacios ambientales adecuados, musicoterapia, técnicas de relajación, distracción y atención espiritual, las cuales han generado aportes en la disminución del dolor ^{2 10}.

En este sentido, es importante mencionar la efectividad que ha tenido la aplicación de intervenciones psicosociales y psicoterapia tanto en el paciente como en la familia, ya que a través de estas modalidades se proporciona información relevante que ayuda a comprender el proceso por el cual está atravesando la persona y los factores sobreañadidos a la enfermedad, permitiendo así la expresión de sentimientos y emociones lo cual ha generado bienestar y mejor calidad de vida ^{23 24}.

CONCLUSIONES

El manejo del dolor en pacientes con cáncer terminal puede ser abordado considerando varias alternativas, de esta forma la escalera analgésica propuesta por la OMS

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

recomienda ampliamente el uso de medicamentos opioides potentes, principalmente la morfina y fentanilo para el tratamiento del dolor de moderado a intenso, medicamentos que pueden ser utilizados por diferentes vías de administración de acuerdo a las características del paciente, ofreciendo una analgesia eficaz y sin dejar de lado la posibilidad de usar fármacos como la hidrocodona, metadona, oxycodona y codeína que también han sido descritos en la escalera.

Las terapias intervencionistas forman parte del manejo del dolor oncológico terminal en pacientes cuya respuesta a tratamientos farmacológicos ha resultado insuficiente, de esta manera se ha descrito que la cordotomía cervical, bloqueo de nervios y neurólisis química con fenol son técnicas que permiten una analgesia efectiva, mejorando la calidad de vida en el paciente tras su aplicación. También, es importante mencionar que la sedación paliativa es un procedimiento que está encaminado a aliviar el sufrimiento del paciente especialmente en casos donde el dolor es refractario.

La terapia no convencional como las técnicas de relajación, aromaterapia, masajes corporales, aplicación de frío o calor, musicoterapia, ambiente adecuado, posturas antiálgicas e intervención con psicoterapia al paciente y a la familia contribuyen a un oportuno manejo del dolor, considerando que este síntoma puede estar asociado a factores físicos, psicológicos, emocionales y espirituales, los cuales se ven mayormente afectados en la etapa final de la vida.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

AGRADECIMIENTO

A todos los actores sociales involucrados en el desarrollo de la investigación.

REFERENCIAS

1. Armijos A, García M, Gómez Y. Percepciones del paciente oncológico en fase terminal frente a las intervenciones de enfermería no farmacológicas para el manejo del dolor en un hospital público de Bogotá 2021. [Tesis de maestría]. Colombia, Pontificia Universidad Javeriana; 2021. <https://doi.org/10.29375/01237047.4273>
2. López L, Sylvestre G, Manhaes R, Pimentel S, Zuqui K, Costa M. Eficacia de las terapias complementarias en el manejo del dolor oncológico en los cuidados paliativos: revisión sistemática. Rev Latino-AM. Enfermagem. 2020;28(33):1-17. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377>
3. Celada C, García J, Pérez S, Navarrete C. Incidencia y control de síntomas al final de la vida de pacientes con cáncer. Revista Finlay. 2021;11(4):381-89. <https://n9.cl/1yzkr>
4. Quintero-Carreño V, Martínez-Vásquez C, Agámez-Insignares C. Sedación paliativa en enfermedad terminal. Rev Colomb Cancerol. 2022;26(1):3-13. <https://doi.org/10.35509/01239015.702>
5. Díaz T, Llanta M, Roperó R, Bazán M, Navarrete C, Carrillo Y, Ávila J, Martínez J. Atención integral al paciente oncológico con dolor. Revista Cubana de Oncología. 2021;19(1):e_90. <https://n9.cl/8m1ug>
6. López O, Fernández M, Valdés J. Analgesia multidimensional para los pacientes en estado terminal por cáncer de páncreas. Rev. Ciencias Médicas. 2020;24(4):e4392. <https://n9.cl/8zdo4>
7. Santos H, Frugoni B, Guedes A, Redin A. Toma de decisiones frente al dolor refractario en paciente oncológica joven. Revista Enfermería: Cuidados Humanizados. 2019;8(1):91-101. <https://doi.org/10.22235/ech.v8i1.1796>
8. Díaz-Juvier L, Hernández-Ortega Y, Hernández-Rodríguez L, Cuevas-Pérez O, Fernández-Ruiz D. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. Medisur. 2019;17(4):1-10. <https://n9.cl/yptm1c>

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

9. Jara C, Grávalos C, Hoyos S, Hernández B, Muñoz M, Quintanar T, Meana J, Rodríguez C, Peñas R. SEOM Clinical guideline for treatment of cáncer pain (2017). Clin Transl Oncol. 2018;20:97-107. <https://doi.org/10.1007/s12094-017-1791-2>
10. González-González S. Dolor en el paciente oncológico y terminal. Rev. NPunto. 2021;IV(43):79-106. <https://n9.cl/hor4p>
11. Pérez-Zavala AM. Caracterización del manejo del dolor en el paciente oncológico en el área de urgencias adultos del HGR. Cuernavaca, Morelos. [Tesis de postgrado]. Cuernavaca – Morelos. Universidad Autónoma del Estado de Morelos; 2020. <https://n9.cl/50a5y>
12. Bonilla-Camilo JA. Evaluación del dolor oncológico con el cuestionario breve del dolor, en paciente con cáncer de mama terminal del hospital de especialidades Puebla, IMSS. [Tesis de especialidad]. Puebla – Zaragoza. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2020. <https://n9.cl/otnz1>
13. Lugo-Zumaya JE. Apego a la guía clínica para manejo del dolor en pacientes con cáncer de mama metastásico [Tesis de especialidad]. Puebla – Zaragoza. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2018. <https://n9.cl/9a30j>
14. González-Otero J, Stablé-Duharte M. Cuidado paliativos: recomendaciones terapéuticas para atención primaria. [Internet]. Argentina: Editorial médica panamericana; 2016. <https://n9.cl/d81cqc>
15. Tomala M, Vallejo M, Lino N. Evaluación de la calidad de vida utilizando el test EORTC QLQ C15.PAL en pacientes en tratamiento del dolor con morfina intratecal. Rev. Oncol. Ecu. 2018;28(1):73-83. <https://doi.org/10.33821/239>
16. Marinageli F, Saetta A, Lugini A. Current management of cancer pain in Italy: Expert opinion paper. Rev. Open Medicine. 2022;17(1):34-45. <https://doi.org/10.1515/med-2021-0393>
17. Lara A, Ahumada M, Basantes A, Bistre S, Bonilla P, Duarte E, Escudero O, Santacruz J, Flores J. Latin-American guidelines for cancer pain management. Rev. Pain Management. 2017;7(4):287-298. <https://doi.org/10.2217/pmt-2017-0006>

Ximena Margoth Ugsha-Neto; Lupita Melania Armijos-Campoverde; Ariel José Romero-Fernández

18. Husic S, Imamovic S, Matic S, Sukalo A. Characteristics and Treatment of Breakthrough Pain (BTcP) in Palliative Care. Rev. Medical Archives. 2017;71(4):246-250. <https://n9.cl/kwvmon>
19. Cardoso M, Santo H, Marques N, Sarturi S, Gonzales T, Maciel N, Pires P. Cervical Cordotomy in terminal cancer: pain relieving in oncological treatment. Rev. Arq Bras Neurocir. 2021;40(1):71-77. <https://n9.cl/k66oj>
20. Takermura M, Kasuyuki M, Okamoto Y, Matsuda Y, Ueda M, Uejima E. The Adequateness of Methadone for Japanese Terminal Cancer Patients Can Be Determined Earlier than 7 Days: A Preliminary Retrospective Study. Rev. JMA Journal. 2019;3(3):258-264. <https://doi.org/10.31662/jmaj.2019-0039>
21. Cárdenas J, Vargas J, Ramírez A. Fenolización del plano erector espinal en el manejo de dolor por cáncer. Reporte de casos. Rev. Chilena de Anestesia. 2022;52(1):106-109. <https://n9.cl/kye10p>
22. Bhaskar A. Interventional pain management in patients with cancer-related pain. Rev. Postgraduate Medicine. 2020;132(sub3):13-16. <https://n9.cl/ivj5p>
23. León M, Santacruz J, Martínez S, Ibatá L. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico (revisión de la literatura). Rev. Mexicana de Anestesiología. 2019;42(1):45-55. <https://n9.cl/ko1nj4>
24. Polar-Cáceres MP. Factores que influyen en el control del dolor en pacientes con cáncer. Instituto regional de enfermedades neoplásicas del sur, Arequipa, 2016. [Tesis de especialidad]. Arequipa-Perú. Universidad Católica de Santa María; 2023. <https://n9.cl/ypzcst>
25. Pernia A, Torres L. Tratamiento del dolor oncológico terminal intenso. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2008;15(5):308-324. <https://n9.cl/4ygjw>