



## Manejo del Dolor en Pacientes Oncológicos

Pain Management in Cancer Patients

**Adriana Lisbeth Muñoz Macías<sup>1</sup>**

**Diego Alejandro Alarcón Zambrano<sup>2</sup>**

**Melani Stefania Vélez Párraga<sup>3</sup>**

**Claudia Gabriela Clavijo Rosales<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Universidad Católica de Cuenca (UCACUE). Unidad Académica de Salud y Bienestar, Carrera de Medicina. Ciudad de Cuenca, Ecuador, Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7947-138X>

<sup>2</sup>Universidad Católica de Cuenca (UCACUE). Unidad Académica de Salud y Bienestar, Carrera de Medicina. Ciudad de Cuenca, Ecuador, Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2771-4313>

<sup>3</sup>Universidad Católica de Cuenca (UCACUE). Unidad Académica de Salud y Bienestar, Carrera de Medicina. Ciudad de Cuenca, Ecuador, Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7199-2287>

<sup>4</sup>Universidad Católica de Cuenca (UCACUE). Unidad Académica de Salud y Bienestar, Carrera de Medicina. Ciudad de Cuenca, Ecuador, Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8426-0904>

**Contacto:** [adrianimuma08@gmail.com](mailto:adrianimuma08@gmail.com)

**Recibido:** 19-12-2022

**Aprobado:** 22-05-2023

### Resumen

El dolor en los pacientes oncológicos se puede presentar de diferentes maneras, para lo cual con el progreso de esta enfermedad se han implementado nuevos planes para el manejo de estos síntomas, en donde se incluyen cuidados paliativos, acoplamiento de equipos

asistenciales, uso de opioides, entre otras. La finalidad de esta investigación es describir los aspectos de dolor en pacientes con cáncer, reconociendo el tipo del dolor mediante su fisiopatología y cómo aplicar las medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas para cesar o disminuir el dolor y ayudar

a que el paciente lleve un mejor ritmo de vida durante su tratamiento. La presente investigación se llevó a cabo mediante una extensa revisión bibliográfica de documentos relacionados con el dolor en pacientes oncológicos y sus respectivas medidas terapéuticas, esto mediante bases de datos científicas como Scielo, Redalyc, ScienceDirect, Scopus, entre otras en los últimos 5 años de actualidad. La primera línea para tratar el dolor oncológico es la farmacológica, usando como guía la Escala Analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero al ser muy general ha sufrido varias modificaciones a lo largo de los años, tomando en cuenta también que no contiene medidas no farmacológicas, ya no es la única referencia para tratar el dolor causado por esta patología. El manejo del dolor en pacientes con cáncer es todo un reto, tanto para el profesional como para el paciente, por lo que implica, según los especialistas, un conflicto ético y moral. La primera línea de tratamiento implica fármacos muy fuertes, en donde se tiene que tomar la decisión de registrarse a las normas o aliviar la angustia del paciente, es por eso que, actualmente, la mejor manera de tratar el dolor oncológico sigue en discusión.

**Palabras Clave:** Cáncer; Dolor; Tratamiento; Terapia; Dolor Nociceptivo; Dolor Neuropático

### **Abstract**

Pain in cancer patients can manifest itself in different ways, that is why with the progress of this disease new plans have been implemented for the management of these symptoms including palliative care, coupling of care teams, use of opioids, among others. The purpose of this research is to describe the aspects of pain in cancer patients, recognizing the type of pain through its pathophysiology and how to apply both pharmacological and non-pharmacological measures to cease or reduce pain and help the patient have a better quality of life during their treatment. The present research was carried out through an extensive literature review of documents related to pain in cancer patients and their respective therapeutic measures, this through scientific databases such as Scielo, Redalyc, ScienceDirect, Scopus, among others in the last 5 years today. The main treatment for cancer pain are pharmacological measures, using the Analgesic Scale by World Health Organization (WHO) as a guide, but since it is very general, it has undergone several modifications over the years, also it is important to note that it does not contain non-pharmacological measures,

so currently it is no longer the only reference to treat the pain caused by this disease. Pain management in cancer patients is a challenge, both for the professional and for the patient, which implies, according to specialists, an ethical and moral conflict. The first line of treatment involves very strong drugs, where the decision has to be made to follow the rules or alleviate the patient's anguish, which is why, currently, the best way to treat cancer pain is still under discussion.

**Keywords:** Cancer; Pain; Treatment; Therapy; Nociceptive Pain; Neuropathic Pain

### Introducción

Según la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), el dolor es cualquier experiencia ya sea sensorial o emocional molesta e irritante que está en relación a un daño ya sea real o condicional de un tejido y este es el síntoma más habitual en pacientes con cáncer. En la actualidad la técnica más habitual para medir el dolor del paciente es la escalera analgésica de la OMS y así lograr con ayuda de otras medidas disminuir el mismo.<sup>(1)</sup>

Con el progreso de esta enfermedad se han implementado nuevos planes para el manejo de estos síntomas para estos pacientes oncológicos en los cuales se han incorporado cuidados paliativos con

la finalidad de reducirles el dolor y otros síntomas que acompañan al cáncer, además del acoplamiento de equipos asistenciales y el regulamiento de leyes relacionado con el uso de opioides, entre otras, para así ayudar a cesar la presencia del dolor y otros síntomas relacionados con el cáncer.<sup>(2)</sup>

El dolor en los pacientes oncológicos se puede presentar de diferentes maneras, puede aparecer o desaparecer en diferentes momentos del día y de la misma manera puede ser perseverante durante el día pero esto dependerá particularmente de cada persona o puede ocasionarse respectivamente del tratamiento que se utilice para combatir el cáncer respectivo, ya sea por quimioterapia, radioterapia o en otros estudios también mencionan que el dolor también es dependiente de la incursión del cáncer o si este ya hizo metástasis, o por otras enfermedades que el paciente padezca, además vale destacar que los tipos de dolores posibles son el neuropático y nociceptivo.<sup>(3)</sup>

La finalidad de esta investigación fue describir los aspectos de dolor en pacientes con cáncer que van desde reconocer el tipo del dolor mediante su fisiopatología y reconocer en qué tipo de cáncer el dolor es más persistente y cómo aplicar las medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas para ayudar a

cesar este dolor y ayudar a que el paciente lleve un mejor ritmo de vida durante su tratamiento.

### **Métodos**

La presente investigación se llevó a cabo mediante una extensa revisión bibliográfica de manuscritos relacionados con el dolor en pacientes oncológicos y sus respectivas medidas terapéuticas. Para efectuar este documento se hizo uso de una larga lista de bases de datos científicas, tales como Scielo, Redalyc, Pubmed, ScienceDirect, Scopus, Web of Science, entre otras.

Para la fase de búsqueda de información se llevó a cabo dos procesos: en primera instancia se exploró documentos más generales relacionados con el dolor oncológico, luego de eso se dirigió a una búsqueda más específica, en donde focalizó en artículos sobre el manejo del dolor en pacientes oncológicos y las diversas terapias existentes.

Se ha empleado bibliografía en español, principalmente, pero se le agrega también ciertos documentos en inglés. Para el filtrado de la búsqueda se utilizaron palabras claves para reducir los resultados, tal cual, como dolor, cáncer, tratamiento, terapia, entre otras. Además de las bases de datos científicas, se recurrió a páginas oficiales como la ACS (American Cancer Society), la OMS (Organización Mundial de la

Salud, entre otras fuentes y guías oficiales, así mismo se hizo uso de operadores booleanos, tales como AND y OR para obtener resultados más específicos. Cabe recalcar que se utilizó un margen de 5 años en la búsqueda, esto con la finalidad de basarse en la información más actualizada posible.

Posteriormente se hizo selección de las bibliografías más específicas y útiles para esta investigación, todas de bases de datos y/o páginas web oficiales y actualizadas, siendo estos los criterios de inclusión.

### **Resultados**

#### ***Cáncer***

Se designa como cáncer a un conjunto de trastornos las cuales describen un crecimiento desmesurado y extendido de células anormales, la cual si no es controlada de manera eficiente llega a desencadenar la muerte. Estas células son originadas principalmente por factores externos como son microorganismos causantes de infecciones, tabaquismo y una mala alimentación, pero así mismo puede ser desencadenado por factores internos como mutaciones en genes heredadas, a enfermedades inmunitarias o por hormonas, en la actualidad este se encuentra como una de las más grandes epidemias mundiales y es un gran factor desencadenante del dolor. <sup>(4)</sup>

Con el pasar de los años se observa el aumento de pacientes diagnosticados con cáncer y con esto otra noción de esta ya que no se tiene como una enfermedad terminal y llegando a considerar una enfermedad crónica, Independientemente del tipo de cáncer se considera que el dolor es el síntoma por el cual el paciente se siente más preocupado y este es notorio en un 30% cuando el cáncer es detectado y en un 70 u 80% cuando se encuentra en etapas finales. <sup>(5)</sup>

### **Dolor**

Este se define como una experiencia sensorial y en las emociones el cual es molesto, y se encuentra ligado a una lesión tisular, en el caso de pacientes oncológicos se estima que a menos entre el 65 y 85% de ellos lo acaba padeciendo y logra afectar en diferentes ámbitos de la vida al paciente. <sup>(5)</sup>

Diversos estudios demuestran el vínculo de la sobrevivencia con el control de dolor en estos pacientes y por eso es de gran importancia reconocer como poder sobrellevar el dolor y esto se logra conociendo a fondo la patogénesis de este dolor oncológico, la manera de evaluar, su tratamiento farmacológico y el tratamiento no farmacológico, ya que este se presenta en cualquier etapa de la enfermedad y que en la mayoría de casos no es correctamente tratado lo que

originaría un problema de salud pública. <sup>(1-6)</sup>

En el Ecuador, específicamente en la ciudad de Guayaquil, se realizó un estudio para descubrir cual era el tipo más común de cáncer de este país agregando a la variable la etnia, sexo y edad, el estudio arrojó los siguientes datos: en las mujeres son más comunes el de mama (25,9%), cuello del útero (16,7%), glándula tiroides (14,1%), linfomas (5,9%), piel (5,6%), mientras que en los hombres el de próstata (24,3%), linfomas (12,0%), piel (9,3%), estómago (6,2%), leucemia (5,9%) <sup>(4)</sup>. Mientras que en otros estudios aclaran que los padecimientos oncológicos con más dolor son el pancreático (44%), y el cáncer de cuello y cabeza (40%). <sup>(6)</sup>

### **Clasificación del dolor oncológico**

El paciente que cursa con cáncer es habitual que padezca un dolor agudo y crónico de los cuales se pueden encontrar los siguientes dependiendo del cáncer que padece y del dolor físico que sufra. <sup>(7)</sup>

**Dolor nociceptivo:** el cual es el resultado de la lesión en estructuras somáticas las cuales activan a los nociceptores que se encuentran en piel, músculos, tejido de conexión y las vísceras, este se clasifica en somático y visceral, en el cual el somático se da principalmente por una metástasis óseas

o por cirugías ligadas al padecimiento, se reconoce principalmente por ser un dolor bien localizado con palpación y con sensación de presión, mientras que el visceral se debe principalmente por distensión, infiltración debido al padecimiento y es de tipo cólico. <sup>(7)</sup>

**Dolor neuropático:** el cual es resultado de la afectación del sistema nervioso y este se encuentra en el 40% de los pacientes con cáncer ya sea por el diagnóstico del cáncer o por el tratamiento. <sup>(8)</sup> Las principales áreas afectadas son los nervios periféricos, médula espinal debido a compresiones tumorales e infiltraciones o por causas secundarias como procesos quirúrgicos, radioterapia o quimioterapia, el dolor se manifiesta de forma paroxística, sensación de quemor, urente o lacerante, además puede presentar hipo o hiperestesia. <sup>(7)</sup>

**Dolor mixto:** este es la combinación del nociceptivo y neuropático y es el que se da con más frecuencia en los pacientes oncológicos, además las revisiones nos arrojan que las principales causas de estos dolores se deben a invasión tumoral a estructuras cercanas como las estructuras óseas, arterias, venas o nervios, por obstrucción en vísceras y este dolor va aumentando con la evolución de la enfermedad. <sup>(7)</sup>

### **Fisiopatología del dolor clínico**

Acorde a su fisiopatología el dolor se clasifica en: Nociceptivo o Inflamatorio, causado por la lesión a nivel tisular causando que sustancias químicas se liberen y estimulen de forma directa a los nociceptores. <sup>(7,8)</sup> Neuropático, dado por lesiones parciales en el Sistema Nervioso. Mixto, la combinación del nociceptivo con el neuropático, común según el hospital universitario de Fuenlabrada <sup>(9)</sup> en los pacientes oncológicos debido al daño causado en sus tejidos y por la destrucción de los nervios por los tumores y la metástasis. Al no conocer con claridad el mecanismo que lo causa pues se determina como un dolor idiopático. <sup>(5,7)</sup> Varios son los autores que incluyen a la clasificación al dolor psicógeno, pero existen aclaraciones por otros diversos autores los cuales prefieren no agregarlo, como lo son: todo dolor contiene elementos psicológicos, estigmatización del paciente considerándolo como enfermo mental o embaucador y el rango de equivocación al momento del diagnóstico aumenta. <sup>(8,9)</sup>

### **Dolor Nociceptivo o Inflamatorio**

Nociceptivo o conocido como inflamatorio <sup>(8,10)</sup>, este dolor se desencadena a raíz de lesiones de nivel tisular que causa una respuesta inflamatoria, a la misma vez que afecta de forma directa a los nociceptores. Es

un dolor causado por rompimientos tisulares, frío prolongado, elevado e intenso, presiones que con su intensidad pueden causar isquemia, por quemaduras y por lesiones químicas. La liberación comienza desde las células que presentan lesión, soltando diversas sustancias y las que no son liberadas pues se sintetizan en los sucesos siguientes de la lesión.

Algunas de las sustancias pueden crear mayor sensibilidad a los nociceptores, mientras que otras directamente los logran activar. La sustancia P, las prostaglandinas y los leucotrienos <sup>(8-11)</sup> se encuentran dentro del grupo de los sensibilizantes. La bradiquinina, serotonina, los iones K y la histamina por otro lado están dentro del grupo de los activantes. Sin embargo, todos estos elementos en un solo grupo se denominan como sopa o cocktail inflamatorio o alogénico. Añadiendo que la lesión tisular produce que existan cambios vasculares en áreas locales. Son respuestas progresivas y duraderas, en donde se percibe en el tiempo siguiente a una lesión cutánea, como la piel se encuentra hipersensible a los factores que la estimulan, además de lucir enrojecida <sup>(10)</sup>. Se trata de una hiperalgesia local o primaria en donde encontramos áreas de vasodilatación y un umbral casi nulo hacia los estímulos, pudiendo durar así hasta varios días.

Alrededor del área que se mencionó, puede existir la hiperalgesia secundaria, extendiéndose aún más allá de la zona vaso dilatada, pero que, sin embargo, no suele durar por más de dos días. En el área primaria, las acciones térmicas de intensidad disminuida ocasionan de igual forma dolor, debido a que quizás a la sensibilidad que presentan los receptores una vez desarrollada la lesión, en cambio, la secundaria es caracterizada por la hiperalgesia hacia los estímulos físicos y mecánicos.

### **Dolor Neuropático**

Originado por una disfunción dentro del sistema nervioso periférico y central. <sup>(8,10,11)</sup> Caracterizado generalmente por su espontaneidad y porque presenta hiperpatía y alodinia <sup>(8)</sup>, asociándose al signo de un déficit neurológico acorde donde se encuentre el punto de la lesión. Conociendo que las fibras nerviosas que se encuentran alteradas no afectan solamente a las comunicaciones interneuronales, sino además causan un dominio de respuestas que terminan con la desmielinización, gemación, retracción axonal y terminando con la muerte celular. <sup>(10)</sup>

Mientras que dentro de los nervios periféricos algunos axones logran una recuperación funcional luego de que exista lesión, las que no logran recuperar su función luego de que exista deterioro

son las neuronas centrales. En este dolor se ha interpretado el descenso de péptido (relacionado con el CGRP) y de la sustancia P<sup>(9,10)</sup>, a su vez que simultáneamente se encuentran elevados el neuropéptido y la galanina en las neuronas sensoriales. Como principales mecanismos que producen la dolencia neuropática entran la estimulación directa patológica por compresión de las fibras nerviosas, desaferentación, activación dada por el sistema simpático, cambios patológicos funcionales. La fisiopatología dada por la desaferentación no se encuentra totalmente clara. Se postula que su alteración en el mecanismo de control es ocasionada por la falta de un balance entre la actividad intrínseca analgésica y la nociceptiva pero que se ha demostrado lo contrario a través de los estudios experimentales.

El dolor que se encuentra sostenido por el simpático es visto en diversos procesos patológicos en donde quizás exista una lesión nerviosa<sup>(8-10)</sup>. Caracterizada gracias a que dentro de la clínica da paso al dolor estilo quemazón, manifestando enrojecimiento con hiperactividad vegetativa cutánea, diaforesis, desmineralización ósea regional y posible febrícula dentro de la lesión. El sistema simpático se compromete dando mejoras ante los

dolores causados por los bloqueos anestésicos. Una vez comprendidos estos conceptos se define entonces como el dolor mantenido por la circulación de catecolaminas o por acción neuroquímica, sin embargo, al no tener una fisiopatología clara, se invocan procesos generativos de la sinapsis que se encuentra afectada entre el sistema simpático y somático, la expresión en la membrana de la neurona servida por los adrenerreceptores funcionales y el desarrollar sensibilidad a catecolaminas en los nociceptores luego de una lesión a medias o total de los nervios.<sup>(10)</sup>

### **Manejo del dolor en pacientes oncológicos**

En pacientes oncológicos, uno de los síntomas más frecuentes es el dolor, afectando así su estado funcional, y dependiendo del estadio en el que se encuentre el paciente, el dolor se intensifica. Un paciente con cáncer es todo un reto, por lo que existen diversos parámetros a valorar para adecuar un tratamiento y poder manejar el dolor que esto conlleva.<sup>(11,12)</sup> Los principales criterios son:

**Intensidad del Dolor:** Es completamente subjetivo, para valorar se hace uso de diversas escalas.

**Frecuencia del Dolor:** Se lo ha clasificado según el estadio en el que se

encuentre el paciente. En la siguiente tabla se aprecia la frecuencia del dolor según el estadio de la enfermedad:

ESTADIO	FRECUENCIA DEL DOLOR
Inicial	30%
Medio	50%
Avanzado	80%

Tabla 1. Frecuencia del dolor según el estadio oncológico. <sup>(13)</sup>

**Tipo de Dolor:** Se debe diferenciar entre el tipo de dolor pues cada uno requerirá un manejo diferente, como ya se ha mencionado con anterioridad, los más comunes son el dolor nociceptivo y neuropático.

**Patrón del Dolor:** Referente a la duración del dolor, cuándo comienza, cuándo termina y por cuánto tiempo persiste.

**Factores Desencadenantes:** Es imprescindible reconocer aquellos factores premonitorios del dolor, para así evitarlos.

**Tratamiento Farmacológico**

En cuanto al tratamiento farmacológico para el manejo del dolor, la OMS esquematiza en el año de 1986 el tratamiento del dolor según la etiología e intensidad del mismo, la cual se denominó “Escalera Analgésica de la OMS” (Gráfico 1). Como se destacó anteriormente, el dolor oncológico más común es el neuropático y el nociceptivo, por lo que esta escala se ha ido modificando por varios autores, quienes la dividieron, una para el primer tipo de dolor (neuropático), y otra para el segundo tipo de dolor mencionado (nociceptivo). <sup>(12,14)</sup>

Primer Escalón (Estadio Inicial)	Segundo Escalón (Estadio Medio)	Tercer Escalón (Estadio Avanzado)
<i>Analgésicos No Opioides</i>	<i>Opioides Débiles</i>	<i>Opioides Potentes</i>
AINE, paracetamol, Metamizol	Codeína, dihidrocodeína, tramadol.	Morfina, fentanilo, oxicodona, metadona, buprenorfina.



**Gráfico 1.** Escalera Analgésica Original de la OMS. <sup>(12)</sup>

En primera instancia este fue el esquema designado por la OMS para tratar el dolor con analgésicos, pero según estudios recientes, en el año de 2020 la propia organización ha decidido retirar esta escala para darle paso a nuevas recomendaciones, a pesar de que la escala original respondía con casi un 90% de eficacia, fue muy útil para validar el uso de opioides en pacientes con un dolor grave, no obstante esto representa una gran controversia, debido a conflictos de interés con la organización y el mercado comerciante de estos opioides. <sup>(15)</sup>

Casi treinta y cinco años más tarde, se están estudiando incongruencias con la dichosa escala a causa de la generalización que hace con los pacientes con cáncer, sin tomar en cuenta otros enfoques como:

- Es discriminativo de dolor, no evalúa de manera completa componentes no sensitivos.
- No representa una mejor opción en cuanto al dolor neuropático, ya que los opioides descritos no son primera línea en el tratamiento de este tipo de dolor.
- No presenta alternativas no farmacológicas.

Es por esto que, actualmente, los profesionales deciden tomar como referencia esta escala, pero debido a su generalización, muchos autores deciden separarla del dolor neuropático e incluso para el otro tipo de dolor ahora se toma en cuenta el primer y tercer escalón, saltando el segundo, pues afirman que en el dolor oncológico no hay punto medio y recientes estudios demuestran que el cambio de un fármaco analgésico no opioides a un opiáceo potente es totalmente seguro. <sup>(15,16)</sup>

**Tratamiento No Farmacológico**

Si bien la terapia más conocida para el manejo del dolor oncológico es la farmacológica, existen también medidas que no hacen uso de analgésicos fuertes (opioides) para disminuir el dolor. <sup>(17,18)</sup>

Una de las más conocidas es la terapia cognitivo-comportamental, debido a que el dolor causado por el cáncer sobrepasa la barrera física, también afecta de manera espiritual y psicosocial. Este tipo de medidas no sólo está dirigido hacia el paciente, sino también a sus familiares, pues el cáncer es una patología muy complicada, no sólo en el aspecto fisiopatológico. <sup>(17,19)</sup>

Para la dimensión física se usan masajes, ejercicios de respiración, acupuntura, acupresión, relajación, hipnosis, uso de frío o calor, hipnosis y otras



complementarias. Algunos autores están estudiando el efecto de este tipo de tratamiento (sin fármacos), para manejar el dolor oncológico, pero si bien pueden tener un efecto positivo, probablemente en un estadio temprano, al ser una enfermedad silenciosa y que avanza de manera muy rápida, el tratamiento farmacológico sigue siendo primordial, aunque su uso sigue a discusión por las consideraciones éticas y morales en el caso. <sup>(17-20)</sup>

### **Discusión**

Acorde a los 20 artículos revisados y analizados para realizar esta investigación, el 85% concordaron que dentro de los pacientes oncológicos los tipos de dolor que más se van a observar son el dolor nociceptivo y el neuropático, teniendo así una mayor incidencia en los diferentes tipos de dolores que se pueden presentar en un paciente con cáncer, si bien se tiene entendido que el dolor es el síntoma más frecuente, se realizó una tabla de referencia en donde se comprende, mediante porcentajes, cómo su frecuencia del dolor dependerá netamente del estadio en el que se encuentre el paciente.

El sistema nervioso y tisular son los mayores involucrados en la percepción del dolor, tal y como pudimos corroborar en el 75% de nuestras fuentes, y un 100%

de autores que mencionan el tema a detalle y se especifica a qué se debe el dolor y cómo poder realizar un correcto manejo de ello. Se toma así el criterio del 80% de los artículos, donde se abarca ciertos parámetros de dolor, tales como su intensidad, patrón o inclusive los factores que logra desencadenar y que compromete la vida de los pacientes que padecen la enfermedad, de por si se conoce que deben enfrentarse a un reto, así que el dolor que les provoca el tratamiento debe ser un importante objeto de estudio, pues según las 20 fuentes consultadas, concuerdan que la primera línea de terapia para manejar el dolor, es un tratamiento farmacológico, los cuales se han dividido en etapas por parte de la OMS, según el estadio en la que se encuentren. El 65% de los autores consultados coinciden en que la escala de la OMS sirve como referencia, más necesita de algunas actualizaciones ya que abarca el cáncer de manera muy general, mientras que el 25% sigue esta referencia tal cual al pie de la letra y opta por pasar directamente al paso 3 y a los opioides potentes, incluso se han realizado estudio que prueban que pasar de analgésicos no opiáceos a opioides fuertes, no tiene repercusión alguna y puede usarse en primera instancia. Por último, un 10% de nuestras fuentes demuestra no querer recurrir en primera

línea a los fármacos del segundo y tercer escalón, sino más bien optan por los analgésicos, y el tratamiento no farmacológico, esto más por una cuestión de moral y ética, pero no se demuestra que un paciente con dolor oncológico pueda sobrellevar esta enfermedad sin recurrir en ningún momento a los opiáceos, al menos los pacientes de un estadio avanzado.

### Conclusiones

El dolor en los pacientes oncológicos afecta su funcionalidad e integridad, es por eso que un correcto manejo debe valorar su intensidad, frecuencia, factores, tipo y el patrón que desencadenan el dolor para brindar una

atención eficaz. Un paciente oncológico además de luchar diariamente con la enfermedad y todo lo que conlleva, tiene que soportar el dolor ocasionado por los distintos tratamientos a los que se somete, sin mencionar las reacciones adversas. El manejo del dolor en pacientes con cáncer implica, según los especialistas, un conflicto ético y moral, pues la primera línea de tratamiento implica fármacos muy fuertes, en donde se tiene que tomar la decisión de regirse a las normas o aliviar la angustia del paciente, es por eso que, actualmente, la mejor manera de tratar el dolor oncológico sigue en discusión, pero inevitablemente es liderada por el tratamiento farmacológico.

### Referencias Bibliográficas

1. León M, Santa J, Martínez S, Ibatá L. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico (revisión de la literatura). Rev mexicana de anestesiología. 2020; 42(1): 45-55
2. Labori Trias M, Hernández-Ribas R, Porta-Sales J. Uso inadecuado de opioides en pacientes con dolor oncológico: revisión sistemática integradora de la literatura. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2020 Oct [citado 2023 Ene 06]; 27( 5 ): 306-315. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462020000500007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000500007&lng=es). Epub 28-Dic-2020. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3801/2020>.
3. Camino N. Manejo y abordaje del dolor en pacientes oncológicos desde una perspectiva de género. UVA. 2020
4. Díaz Y, Hernández Y, Hernández L, Cuevas O, Fernández D. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. Medisur. 2019; 17(4): 553-558

5. Ojeda J. Dolor en pacientes con padecimientos oncológicos. Rev Finaly. 2021; 4(11): 412-421
6. Jaramillo L, Real J, Tanca J, Puga R, Quinto R. Incidencia y mortalidad del cáncer, en Hospital Solca-Guayaquil. J.health med. 2020; 6(3): 227-231
7. Moreno C, Mendoza D. Fisiopatología del dolor clínico [Internet]. ACN; 2019 [citado el 5 de enero del 2023]. Disponible en: <http://acnweb.org/guia/g3cap2.pdf>
8. Hospital Universitario de Fuenlabrada. DEFINICIÓN DEL DOLOR ONCOLÓGICO. Madrid: Salud Madrid; 2018.
9. Mach MF. FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR [Internet]. Unidad del Dolor. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2019 [citado el 5 de enero del 2023]. Disponible en: <http://www.scartd.org/arxiu/fisiodolor06.pdf>
10. Plaghki L. Fisiología del Dolor [Internet]. ScienceDirect. EMC; 2018 [citado el 5 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1293296518886030>
11. Lozano de la Calle, R. (2018). Manejo intrahospitalario del dolor oncológico a través de las bombas de analgesia controlada por el paciente. Papel de enfermería.
12. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. World Health Organization. 2018.
13. Betancourt, S. M. R., Pérez, M. D. F., & Pérez, M. D. J. D. (2015). Escalera analgésica en el tratamiento del dolor oncológico. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 40(12).
14. Vicente M, Delgado S, Bandrés F, Ramírez M, Capdevila L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018; 25(4):228. Available at: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
15. Carvajal-Valdy Gabriel, Rocha-Romero Andrés. El retiro de la escalera analgésica de la OMS y sus limitaciones como estrategia para el control del dolor relacionado con cáncer. Acta méd. costarric [Internet]. 2020 June [cited 2023 Jan 09] ; 62( 2 ): 91-91. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022020000200091&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022020000200091&lng=en).

16. Ojeda González, J. J. (2021). Dolor en pacientes con padecimientos oncológicos. Revista Finlay, 11(4), 412-422.
17. Cruz, M. D. (2019). Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cáncer en la comunidad. Revista Cubana de Medicina General Integral, 35(4), 1-12.
18. Erazo-Muñoz, M. ., Victoria-Mera, M. ., Sarmiento, G. ., Gómez, M. ., Borda, D. ., Mejía, L. ., & Barrero, L. . (2020). Guía de práctica clínica para el manejo del dolor oncológico en clínicas Colsanitas. Revista Médica Sanitas, 23(2), 77-93. <https://doi.org/10.26852/01234250.56>
19. Blanco Naranjo EG, Chavarría Campos GF, Garita Fallas YM. Manejo multimodal del dolor crónico. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 5 de enero de 2023];6(4):e625. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/625>
20. Cortijo X, Contreras R, Gutiérrez C, Cadena M, Cibrían T. Descripción y análisis de la sintomatología asociada al dolor en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Revista Biomédica.2020; 31(3): 118-123