UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

TÍTULO

Análisis de la importancia de la implementación de terapias complementarias a los tratamientos farmacológicos para el manejo del dolor del paciente oncológico adulto en etapa avanzada y su aporte en la calidad de vida de este, para la propuesta de una guía de apoyo dirigida a las personas cuidadoras, en Costa Rica durante el tercer cuatrimestre del 2022

Nombre de la sustentante:

Karen Andrea Cano Uriarte

Tutor:

Dr. Esteban Rosales Montero

Año 2022

Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía

I. Resumen

Justificación: Una de las problemáticas del cáncer es el dolor intenso que sufren los pacientes; esto afecta profundamente su calidad de vida, siendo insuficiente el efecto de los medicamentos actuales. Alrededor de un 40% de individuos con cáncer en estado temprano o intermedio presentan dolor, y un 90% de individuos con cáncer en estado avanzado tienen dolor de moderado a severo, y cerca de un 70% de los pacientes no recibe un adecuado tratamiento para el dolor. Se ha demostrado en numerosos estudios cómo la acupuntura, la auriculopuntura y otras terapias complementarias disminuyen el dolor y otros síntomas negativos, como lo son las náuseas, los vómitos, la fatiga y la ansiedad. Debido a esto, la revisión de estos temas puede ser de gran utilidad para profesionales de la Medicina en Costa Rica y la población costarricense, específicamente los enfermos de cáncer y sus familiares.

Objetivo: Analizar la importancia de la implementación de terapias complementarias a los tratamientos farmacológicos, para el manejo del dolor del paciente oncológico adulto en etapa avanzada, y su aporte en la calidad de vida de este, para la propuesta de una guía de apoyo dirigida a las personas cuidadoras, en Costa Rica, durante el tercer cuatrimestre del 2022.

Metodología: Revisión bibliográfica de artículos, acerca del uso de terapias complementarias en el manejo del dolor oncológico, que se hayan elaborado a nivel nacional e internacional, redactados en español o inglés.

Resultados: Un opioide potente sigue siendo el fármaco de elección para tratar el dolor moderado o intenso en pacientes con cáncer avanzado. Pero, a su vez, se evidenció en varios estudios que los efectos secundarios del cáncer, como el dolor, la depresión y la fatiga, se manejaron de manera efectiva con terapias complementarias.

Conclusiones: Los estudios y los diferentes niveles de evidencia apuntan a la eficacia de estas terapias, siendo las más citadas: acupuntura, hipnosis, meditación, yoga. Esto se debe a que el uso de estas terapias, además de promover el alivio del dolor, se refiere en la mayoría de los estudios analizados como una excelente ayuda para la relajación del cuerpo, la integración mente-cuerpo, la disminución del estado de ansiedad y efectos adversos, tales como náuseas y vómitos causados por agentes de quimioterapia.

IV. Tabla de Contenidos

I. Resumen……..II
II. Agradecimientos……...III
III. Dedicatoria……..IV
IV. Tabla de contenidos……V
V. Lista de tablas……..…….VIII
VI. Lista de figuras…...…….....IX
CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN…….……1
1.1. Introducción…….……2
1.2. Planteamiento del problema …….……...3
1.3. Objetivos…….……4
1.3.1. Objetivo General…….4
1.3.2. Objetivos Específicos…….....4
1.4. Justificación…….....5
1.5. Antecedentes…….……....7
1.5.1. Antecedentes Históricos…….7
1.5.2. Antecedentes Nacionales……..…..…….7
1.5.3. Antecedentes Internacionales……..…….....9
CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO……....……..……..12
2.1. Salud……...13
2.2. Calidad de vida……...13
2.3. Cáncer…….....……....14
2.4. Dolor Oncológico……...15
2.4.1. Clasificación del dolor oncológico…….……..16
2.4.2. Etiología del dolor oncológico……18
2.4.3. Evaluación del dolor oncológico…….....18
2.4.4. Tratamiento Farmacológico para manejo del dolor oncológico……..21
2.4.4.1. Analgésicos no opioides……25
2.4.4.1.1. Acetaminofén……26
2.4.4.1.2. Antiinflamatorios no esteroideos……..27
2.4.4.2. Analgésicos opioides……28

2.4.4.2.1. Opioides…….29
2.4.4.2.1.1. Codeína…….30
2.4.4.2.1.2. Tramadol…….31
2.4.4.2.1.3. Morfina…….31
2.4.4.2.1.3.1. Principios del uso de morfina para el dolor por cáncer……31
2.4.4.2.1.3.2. Efectos secundarios de la morfina y opioides……..……32
2.4.4.2.1.4. Oxicodona……..……..36
2.4.4.2.1.5. Fentanilo……..……36
2.4.4.3. Fármacos coadyuvantes……..……38
2.4.4.4. Procedimientos invasivos para el manejo del dolor oncológico……....40
2.4.5. Barreras que impiden un adecuado manejo del dolor…….41
2.4.6. Factores de riesgo para dolor oncológico……...……42
2.5. Rol del médico en el manejo del dolor oncológico……44
2.5.1. Intervenciones del médico capaces de mejorar la sintomatología en pacientes con cáncer avanzado…….....…44
2.6. Cuidados Paliativos……...…….47
2.7. Medicina Paliativa…….……50
2.7.1. Equipos de trabajo en medicina paliativa……..……..50
2.7.2. Atención domiciliaria en Medicina Paliativa……..……51
2.7.3. Tratamientos paliativos…….……..51
2.8. Terapias Complementarias…….52
2.8.1. Clasificación de las terapias complementarias……-……54
2.8.1.1. Terapias para la mente y el cuerpo…….…..55
2.8.1.1.1. Meditación……55
2.8.1.1.2. Biorretroalimentación……...…56
2.8.1.1.3. Hipnosis……56
2.8.1.1.4. Yoga……..57
2.8.1.1.5. Tai chi……...……57
2.8.1.1.6. Imágenes Guiadas……...……..57
2.8.1.1.7. Arteterapia……..…..58
2.8.1.1.8. Musicoterapia……..…….58

2.8.1.1.8.1. Funciones de la musicoterapia ante las necesidades físicas del paciente oncológico……...……59
2.8.1.2. Prácticas que usan productos naturales……59
2.8.1.2.1. Cannabis……...……60
2.8.1.2.2. Alimentos o dietas especiales……..……..61
2.8.1.3. Prácticas de manipulación del cuerpo…….…….62
2.8.1.3.1. Masaje……62
2.8.1.3.2. Terapia quiropráctica…….…62
2.8.1.3.3. Reflexología……..….63
2.8.1.4. Terapia Bioenergética…….…..65
2.8.1.4.1. Reiki……...…..65
2.8.1.4.2. Toque terapéutico……66
2.8.1.5. Sistemas Holísticos……..….66
2.8.1.5.1. Medicina Ayurvédica……..…….…..67
2.8.1.5.2. Medicina Tradicional China……..…….67
2.8.1.5.2.1. Acupuntura…….……..68
2.8.1.5.2.1.1. Tipos de acupuntura…….……..68
2.8.1.5.2.1.2. Técnicas asociadas a la acupuntura…..……..……69
2.8.1.5.2.1.3. Modalidad y técnica……..,……..……..70
2.8.1.5.2.1.4. Mecanismos fisiológicos de la analgesia en la acupuntura……71
2.8.1.5.2.1.5. Indicaciones…….…74
2.8.1.5.2.1.6. Contraindicaciones de la Acupuntura…..…….77
2.8.1.5.3. Homeopatía…….……..77
2.8.1.5.4. Naturopatía……78
CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO……...…….…...79
3.1. Enfoque…….…….……80
3.2. Tipo de investigación…….……80
3.3. Fuentes de información…….…….81
3.4. Población y muestra…….……..81
3.5. Criterios de búsqueda de información…..…..……..82
3.6. Criterios de Inclusión…….…….…….....83

3.7. Criterios de Exclusión……..83
3.8. Clasificación de la información según nivel de evidencia……...83
3.9. Variables de la Investigación……...85
3.10. Descripción del procedimiento de recolección y análisis de datos……86
3.11. Descripción de instrumentos y Técnicas……...87
CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS……...…89
4.1. Objetivo 1……...90
4.2. Objetivo 2……...94
4.2.1. Acupuntura……..96
4.2.2. Masaje…….99
4.2.3. Toque terapéutico y masaje……..100
4.2.4. Reflexología…..……100
4.2.5. Hipnosis…….……...101
4.2.6. Yoga…….……102
4.2.7. Cannabis…..…...……...104
4.2.8. Musicoterapia.……..106
4.2.9. Intervenciones psicosociales……107
4.3. Objetivo 3……..109
CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……...…111
5.1. Conclusiones……112
5.2. Recomendaciones…….....…..114
CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……...…….....116
CAPÍTULO VII- ANEXOS…….…...126
Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia…..……..127
Anexo 2. Propuesta de guía de apoyo para cuidadores de pacientes con cáncer en etapa avanzada…….…….152

V. Lista de tablas

Tabla 1. Criterios de búsqueda utilizados según objetivo……..…83

Tabla 2. Criterios de exclusión e inclusión para la selección de artículos……...83

Tabla 3. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia…….84

Tabla 4. Operacionalización de variables……85

VI. Lista de figuras

Figura 1. Dominios principales del concepto de calidad de vida……14
Figura 2. Clasificación del dolor……17
Figura 3. Etiología del dolor oncológico……18
Figura 4. Escala visual analógica para la evaluación del dolor……21
Figura 5. Escalera analgésica de la OMS……..24
Figura 6. Clasificación de los fármacos opioides……..29
Figura 7. Fármacos de la escalera analgésica de la OMS……..38
Figura 8. Fármacos coadyuvantes en el manejo del dolor…….39
Figura 9. Factores de riesgo de dolor por cáncer……43
Figura 10. Problemas frecuentes de pacientes en cuidados paliativos y problemas para sus familiares……...47
Figura 11. Funcionalidad y sintomatología de pacientes con enfermedad avanzada……48
Figura 12. Clasificación de la medicina complementaria y alternativa……..…54
Figura 13. Mapa de reflexología en el pie…….64
Figura 14. Puntos de acupuntura en la medicina tradicional china…….72
Figura 15. Esquema de los centros nerviosos y sistemas de neurotransmisores implicados en la analgesia acupuntural……73
Figura 16. Enfermedades, síntomas o afecciones para las que la acupuntura ha demostrado ser eficaz……...…….75
Figura 17. Enfermedades, síntomas o afecciones para las que se ha demostrado el efecto terapéutico de la acupuntura……..76
Figura 18. Contraindicaciones absolutas y relativas para el uso de acupuntura……....77

CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

El cáncer es una enfermedad considerada como la principal causa de muerte en el mundo. según la Organización Mundial de la Salud[1]. Esta patología, a su vez, conlleva un gran número de síntomas asociados, como lo es el dolor.

La mayoría de los pacientes con cáncer experimentan este síntoma en algún tiempo durante su experiencia con él. Se estima que de un 75% a un 90% de todos los pacientes con cáncer avanzado experimentan dolor, y el 50% de ellos describen su dolor como moderado a severo[2].

Aunque las terapias farmacológicas, en la actualidad, para el manejo del dolor oncológico han mejorado la esperanza de vida, el manejo de esta compleja enfermedad y la mejora de la calidad de vida en estos pacientes todavía son limitados, y el dolor sigue siendo un problema que va a afectar la vida cotidiana de los pacientes oncológicos y sus familiares.

Las terapias complementarias se definen como un "conjunto de terapias que se usan asociadas o no al tratamiento médico convencional"[3]; son terapias adyuvantes al tratamiento farmacológico prescrito por los médicos, con el fin de fortalecer el sistema inmunológico, disminuir los niveles de dolor, ayudar a la relajación y sensación de bienestar[3]. Estas terapias han sido reconocidas por la experiencia, tanto de los pacientes como del personal de salud que las ha utilizado para aliviar el dolor o algún otro síntoma asociado al cáncer.

Con base en lo anterior, es importante tomar en consideración la implementación de las terapias complementarias para el manejo del dolor oncológico. La presente investigación aporta un nuevo conocimiento, alrededor de la temática de estas terapias en el manejo del dolor oncológico en pacientes de etapa avanzada, así como en la creación de guías para las personas cuidadoras, con el fin de que se implementen estas técnicas para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

1.2. Planteamiento del problema

En las últimas décadas, se ha incrementado el número de personas diagnosticadas y tratadas por cáncer. Dentro de la sintomatología de la enfermedad se encuentra el dolor. Se ha demostrado que el dolor en el cáncer aumenta con la progresión de la enfermedad. Al momento del diagnóstico, entre un 20-50% de los pacientes puede presentar dolor, y ya en los estadios avanzados, la prevalencia oscila entre 80-90%[2].

"El tratamiento farmacológico del dolor oncológico en la actualidad está regido por las directrices de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud" [4]; sin embargo, estos tratamientos muchas veces no logran el cometido de disminuir el dolor en estos pacientes, por esta razón muchos de ellos buscan terapias complementarias para controlar el dolor.

Por ende, se formula la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la importancia de la implementación de terapias complementarias a los tratamientos farmacológicos para el manejo del dolor del paciente oncológico adulto en etapa avanzada y su aporte en la calidad de vida de este?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Analizar la importancia de la implementación de terapias complementarias a los tratamientos farmacológicos para el manejo del dolor del paciente oncológico adulto en etapa avanzada y su aporte en la calidad de vida de este, para la propuesta de una guía de apoyo dirigida a las personas cuidadoras, en Costa Rica, durante el tercer cuatrimestre del 2022.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Describir aspectos generales y los alcances de la medicina paliativa, el abordaje médico y farmacológico actual implementado en el manejo del dolor de pacientes oncológicos.
- Identificar algunas de las principales terapias complementarias implementadas actualmente en el ámbito de los cuidados paliativos, y sus aportes al manejo del dolor y calidad de vida del paciente oncológico.
- Proponer una guía de apoyo dirigida a las personas cuidadoras, que proporcione insumos terapéuticos complementarios para el manejo del dolor del paciente oncológico avanzado.

1.4. Justificación

Una de las problemáticas del cáncer es el dolor intenso que sufren los pacientes; esto afecta profundamente la calidad de vida, siendo insuficiente el efecto de los medicamentos actuales.

Según Paley et al., alrededor de un 40% de individuos con cáncer en estado temprano o intermedio, y un 90% de individuos con cáncer en estado avanzado tienen dolor de moderado a severo, y cerca de un 70% de los pacientes no recibe un adecuado tratamiento para el dolor[5].

Se ha demostrado, en numerosos estudios, cómo la acupuntura, la auriculopuntura y otras terapias complementarias disminuyen el dolor y otros síntomas negativos como lo son las náuseas, los vómitos, la fatiga y la ansiedad.

En una revisión sistemática y un metaanálisis realizado en China por Hu et al., se evaluaron la efectividad y seguridad de la acupuntura en el manejo del dolor en pacientes con cáncer, y también toda la variedad de terapias complementarias utilizadas. Dentro del estudio, se concluyó que la acupuntura es la más buscada para disminuir el dolor y otros síntomas adversos propios de la enfermedad, además de los efectos de la quimioterapia[6].

Las terapias complementarias de la medicina tradicional china tienen un efecto muy rápido y no son invasivas; una de ellas es la auriculoterapia, en la que se usan unos imanes pequeños en la oreja, y su efecto es muy alentador[7]. De acuerdo con Alimi et al., en una investigación sobre auriculoterapia, se observó una reducción en la intensidad del dolor en un 36% durante los dos meses de tratamiento en los individuos[7].

Según O´Regan et al. “la acupuntura tiene un rol potencial en los siguientes síntomas: dolor, náusea y vómito, xerostomía, fatiga, ansiedad, depresión e insomnio, la acupuntura es segura y con mínimos efectos secundarios y clínicamente efectivo (sic)”[8]. Por lo tanto, dar a conocer estas terapias complementarias puede ser de gran utilidad para que en esos momentos tan difíciles el paciente y sus familiares tengan una mejor calidad de vida.

Los efectos positivos de la acupuntura se pueden observar en diferentes tipos de cáncer, por lo que sería positivo replantear los modelos de medicina utilizados en el manejo de los

cuidados paliativos, ya que estas terapias pueden ser una herramienta valiosa en el tratamiento para el dolor.

Por lo tanto, si el control del dolor con acupuntura es tan efectivo, y dando como resultado un alto porcentaje en el grado de analgesia, la revisión de estos temas puede ser de gran utilidad para profesionales de la Medicina en Costa Rica y la población costarricense, específicamente enfermos de cáncer y sus familiares.

1.5. Antecedentes

El impacto que causa el diagnóstico de cáncer en una persona hace que dentro de ella se generen algunos mecanismos de afrontamiento que, a medida que avanza la enfermedad y su tratamiento, el paciente busca opciones que le ayuden a manejar síntomas desagradables, como el dolor o los efectos secundarios relacionados con el tratamiento de la quimioterapia, como náuseas, vómitos, agotamiento, ansiedad. Dado que el uso de las terapias alternativas se ha incrementado en los últimos años, es de vital importancia el conocimiento sobre dichos procedimientos como una vía complementaria en el tratamiento del dolor en el cáncer.

Según la OMS, la medicina complementaria alude a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país, dado que ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional[3].

1.5.1 Antecedentes Históricos

A lo largo de la historia, se supo que Hipócrates de Cos (c. 460-378 a.C.), separó la medicina de la magia, la superstición y la teúrgia y sentó las bases de la medicina científica. Pero a lo largo de los siglos sectores de las sociedades, aun en los de las naciones más avanzadas, mantienen creencias en el poder curativo de la homeopatía, la acupuntura, de las flores y yerbas, de las fuerzas eléctricas, de magnetos y de otras terapias similares[9].

Desde hace muchos años, la medicina complementaria se ha utilizado como parte de la mejora en la salud. Una de las terapias complementarias que se ha empleado desde tiempo atrás es el caso de la acupuntura, que durante siglos los chinos la han usado por más de 4 000 años. Dentro de los países que han utilizado estas terapias se incluyen Inglaterra, Hong Kong, Francia, Estados Unidos de América[10].

Los orígenes de la acupuntura remontan a varios miles de años, siendo el Canon de Medicina interna del emperador Amarillo (Huangdi Neijing), la primera compilación médica que la describe y que data de los siglos II a.C. al II d.C[11].

La musicoterapia moderna apareció en Estados Unidos de América a principios del siglo XX, cuando los músicos entretenían en los hospitales a pacientes que sufrían traumas físicos y emocionales de las guerras, y se observó que facilitaba su recuperación[12]. En la Universidad de Columbia, la enfermera Margaret Anderton impartió cursos de musicoterapia y fundó la Clínica Anderton, que incluía los servicios de música para la recuperación de los soldados canadienses heridos durante la Primera Guerra Mundial[12]. Desde entonces, los estudios de investigación en musicoterapia han proliferado y, gracias a los resultados de los autores, plasmados en las revistas y las bases de datos, se facilita el acceso a la información para estar al día sobre las últimas tendencias[12].

Las aplicaciones de la música, en el contexto médico y sanitario, han estado presentes desde épocas lejanas; el estudio y aplicación de la música como recurso terapéutico ha ido evolucionando en función de las creencias y costumbres de cada época. Hoy en día, la musicoterapia es ya una disciplina científica[13]. La aplicación de la musicoterapia en el campo médico ha ido experimentando un creciente interés desde los años 80, como consecuencia de los resultados satisfactorios que se han ido obteniendo en diversos estudios e investigaciones[13].

El número de estudios científicos sobre los efectos de la música en el tratamiento médico continúa creciendo, y ofrece valiosas aportaciones a los profesionales del campo de la Salud.

La aplicación y eficacia de la musicoterapia en el contexto oncológico ha sido estudiada y analizada durante los últimos 30 años. Así, la primera descripción de la aplicación de la musicoterapia en cáncer fue realizada por Munro y Mount en el año 1978. Desde entonces, diferentes estudios han ido contribuyendo al conocimiento y difusión del rol de la musicoterapia en este contexto, hecho que ha ayudado a crear un espacio y una función de la musicoterapia en el campo de la oncología y de la psicooncología[13].

1.5.2. Antecedentes Nacionales

En cuanto a las terapias complementarias utilizadas en Costa Rica, se encuentra la homeopatía como una de las más usadas. Al citar a Brenes, la homeopatía se introdujo en el país en 1890 y

desde 1921 fue regulada por la Facultad de Medicina y Cirugía, y desde 1940 es regulada por el Colegio de Médicos y Cirujanos[14]. En 1988, el Ministerio de Salud detectó, mediante un sondeo realizado a nivel nacional, que el 27% de la población usaba la homeopatía y que de ese segmento un 69% obtuvo buenos resultados[14].

Otra de las terapias complementarias que se utiliza en Costa Rica es la magnetoterapia, que se ha empleado en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, donde, según Abadía et al., se tratan patologías muy variadas, que van desde dolor crónico benigno, osteoartrosis, síndromes miofasciales, artritis reumatoidea, hasta dolor de origen maligno en todo tipo de cáncer[15].

A pesar de la utilización de estas terapias complementarias mencionadas anteriormente, en Costa Rica no se encuentra más evidencia del uso de otras terapias, por lo que es importante realizar estudios donde se investigue sobre la aplicación de estas terapias complementarias en el manejo del dolor oncológico.

1.5.3. Antecedentes Internacionales

La medicina complementaria y alternativa (CAM) es un método o terapia que no es invasivo y generalmente se considera que es relativamente libre de toxicidad; estas terapias se utilizan de forma adjunta con el tratamiento estándar de manejo del dolor.

En una revisión sistemática realizada en China, donde se incluyeron 18 ensayos clínicos, se mostró que la hipnosis, la imaginería, los grupos de apoyo, la acupuntura y la sanación táctil eran prometedores, sobre todo a corto plazo, pero ninguno puede ser recomendado debido a la escasez de rigurosos ensayos. Y otra revisión mostró que enfoques tales como la acupuntura, terapia de masajes, intervenciones mente-cuerpo, y la musicoterapia podrían reducir eficazmente el dolor y mejorar la calidad de vida[16].

De las terapias complementarias, se puede deducir que la musicoterapia tiene efectos sobre el dolor, la ansiedad y el malestar, disminuyéndolos y aumentando la relajación, el bienestar y la calidad de vida[12].

Dileo et al.[17] sostienen que la musicoterapia ha sido demostrada como una intervención efectiva en una variedad de pacientes oncológicos y situaciones clínicas, mediante métodos receptivos y activos.

La musicoterapia se encuentra entre las terapias complementarias que se están incorporando al tratamiento de los pacientes oncológicos para favorecer su bienestar emocional, y aplicar de manera sistemática la música con una intencionalidad terapéutica para reducir la depresión, la ansiedad, el estrés y el dolor[12]. Por otra parte, se ha encontrado que las intervenciones de musicoterapia y medicina musical se han utilizado para aliviar los síntomas y los efectos secundarios del tratamiento, y abordar las necesidades psicosociales en personas con cáncer[12].

Carrasco et al. sostienen que la música produce en el organismo efectos bioquímicos positivos o negativos, dependiendo del tipo de música usada, ya que algunas frecuencias vibratorias de los sonidos (notas musicales) estimulan los aminoácidos de cierta proteína[12]. Así, la música sedante puede estimular la liberación de hormonas, las cuales a su vez actúan sobre receptores específicos del cerebro y sobre neurotransmisores, que pueden llevar a aliviar el dolor[12]. Efectivamente, favorece la producción de hormonas (endorfinas, dopamina, acetilcolina y oxitocina) que actúan como neurotransmisores opiáceos producidos en el sistema nervioso central, lo que provoca bienestar en las personas[12].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la acupuntura se utiliza en al menos 103 países, donde 29 de ellos han establecido regulaciones para proveedores[18]. Solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 3.5 millones de adultos o el 1.5% de la población reciben acupuntura cada año[18]. Aproximadamente uno de cada diez sobrevivientes de cáncer en los Estados Unidos de América ha utilizado la acupuntura, y se ha observado que la tasa de uso es mayor entre aquellos con cáncer, en comparación con otras patologías[18].

El dolor es uno de los problemas clínicos más desafiantes en la atención oncológica, afectando a pacientes con cánceres avanzados, así como a algunos supervivientes. En un estudio se encontró que la acupuntura es más efectiva que lo habitual; sin embargo, la investigación en el dolor del cáncer es muy limitada, con importantes limitaciones metodológicas. En un metaanálisis no se encontró que la acupuntura sola sea mejor que la farmacoterapia para el dolor relacionado con el cáncer; no obstante, en particular, la terapia combinada puede ser más efectiva que la farmacoterapia sola, lo que resulta en un alivio del dolor más rápido, remisión más prolongada del dolor y mejor calidad de vida[18].

Un estudio realizado en Singapur, en el año 2013, encontró una prevalencia del 84% de uso de terapias alternativas en pacientes con dolor crónico. La clase más comúnmente usada fue la medicina tradicional china (68%), dentro de la cual la acupuntura fue la utilizada con mayor frecuencia (49% de los pacientes). El 72 % opinó que estas terapias mejoraron la intensidad del dolor, y algunas de las razones referidas para su uso incluyeron: tener más control sobre su dolor, menos efectos adversos, además de mayor seguridad y reducción de costos[10].

CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

2.1. Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "no solamente la ausencia de enfermedad, sino la presencia de un bienestar físico, mental y social"[19]. El concepto de salud hace referencia a la integración de tres esferas -física, mental y social-; si alguna de estas se altera, se produce la enfermedad o una disminución de la calidad de vida[19].

2.2. Calidad de vida

A su vez, la OMS ha definido la calidad de vida como "la percepción por parte de una persona de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores"[19], enfatizando la multidimensionalidad. Se reconocen seis dominios principales que reflejan el concepto: el bienestar físico, psicológico, social, el entorno y el nivel de independencia. Otros dominios específicos se refieren o se dirigen a determinadas poblaciones o personas que viven en situación vulnerable y/o aquellas que padecen enfermedades crónicas[19]. (Figura 1).

La calidad de vida, relacionada con la salud, alude a una construcción multidimensional que mide la percepción que tienen los pacientes de los aspectos positivos y negativos relacionados con su enfermedad y con su tratamiento[20]. Otra definición sugiere que la calidad de vida hace referencia a las consecuencias funcionales de una enfermedad y de su tratamiento, tales y como las percibe el paciente[20].

Figura 1. Dominios principales del concepto de calidad de vida

Fuente: Seis dominios principales y dos adicionales sobre la calidad de vida aplicables a la medicina paliativa, según la definición de la Organización Mundial de la Salud. Imagen tomada de la referencia [19].

2.3. Cáncer

El cáncer es una enfermedad que a lo largo del tiempo se ha convertido en un importante problema de salud pública alrededor del mundo, como en América Latina y el Caribe. Dentro de la estimaciones y proyecciones realizadas por expertos se ha obtenido que, para el año 2030, aproximadamente 1.7 millones de personas habrán sido diagnosticadas con cáncer en la región, y que más de un millón de personas por año morirán a causa de la enfermedad[21].

Por consiguiente, surgirán grandes dificultades a la hora de hacer frente a la creciente morbimortalidad asociada a la enfermedad, especialmente en estadios avanzados, teniendo en consideración que América Latina es una región caracterizada por un importante crecimiento demográfico en condiciones desfavorables, como pobreza generalizada, desigualdad social persistente y severa, escaso desarrollo institucional y escasa seguridad social[21].

"Se denomina cáncer a un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento excesivo y la propagación de células anormales"[4]. Si esta propagación no se controla, puede causar la muerte. Es provocado por factores externos, como el tabaco, los organismos infecciosos, la alimentación no saludable, y por factores internos como mutaciones genéticas heredadas, hormonas y afecciones inmunitarias. Es una de las mayores epidemias de los tiempos actuales, y se encuentra muy ligado al dolor[4].

En el diagnóstico del cáncer y sus diferentes etapas de presentación, la etapa descrita como terminal o cáncer etapa IV, adquiere un contexto difícil para el paciente y su familia[22]. Es una etapa que no existe curación posible, y solo se puede ofrecer un tratamiento paliativo de síntomas con una muerte inminente, que va a ocurrir a corto o mediano plazo[22]. El diagnóstico de terminalidad requiere de la existencia de un padecimiento avanzado, incurable y progresivo (cáncer y otras enfermedades no oncológicas); una esperanza de vida menor a seis meses; el agotamiento de terapias curativas; y la presencia de síntomas cambiantes e intensos, con gran impacto emocional para el paciente y su familia[22]. Es necesario mantener el cuidado continuo del paciente y de su núcleo familiar; esto debe ser llevado a cabo por un grupo multidisciplinario de profesionales entrenados para este efecto[22].

2.4. Dolor Oncológico

Según lo definió en 1979 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, "el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional asociada o no a la lesión tisular"[4]. Esta definición pone de manifiesto el carácter subjetivo ligado a la experiencia de la persona, la complejidad sensorial, emocional, y la característica de que no tiene por qué estar asociado a una lesión tisular.

Este síntoma es uno de los más abrumadores del cáncer y de los más difíciles de manejar. Según un metaanálisis de van den Beuken-van Everdingen et al., la prevalencia del dolor oncológico oscila entre el 43 y el 63% en todos los estadios de la enfermedad, el 59% en pacientes en tratamiento por cáncer, hasta el 70% en pacientes con enfermedad avanzada o terminal y el 33% en supervivientes[21].

El dolor es común en pacientes con cáncer, especialmente en etapas avanzadas. La prevalencia estimada de esta etapa de la enfermedad es superior al 70%, lo que puede conducir a una mala salud física y emocional[23]. La revisión sistemática más completa muestra que la prevalencia del dolor es del 33% en pacientes que reciben tratamiento curativo, del 59% en pacientes que reciben tratamiento contra el cáncer, y del 64% en pacientes con enfermedad metastásica, avanzada o progresiva[23].

La prevalencia de dolor es alta en etapas tempranas de algunos cánceres, como el cáncer de páncreas (44%) y el cáncer de cabeza y cuello (40%)[23]. A medida que mejora la supervivencia a través de tratamientos curativos o que prolongan la vida, más pacientes experimentan dolor persistente debido al tratamiento, a la enfermedad o a una combinación de ambos[23]. Alrededor del 5% al 10% de los sobrevivientes de cáncer tienen dolor crónico intenso que interfiere gravemente con su funcionalidad. A pesar de las pautas y la disponibilidad de opioides, que son el tratamiento principal para el dolor oncológico de moderado a severo, el tratamiento insuficiente sigue siendo común[23].

Estudios europeos confirman estos datos de los Estados Unidos de América, y muestran que existen varios tipos de dolor o síndromes dolorosos en todos los estadios del cáncer, y una gran proporción de pacientes están infratratados, oscilando entre el 56% y el 82,3%[23]. Según una revisión sistemática que utiliza el índice de manejo del dolor, publicada en el 2014, aproximadamente un tercio de los pacientes no reciben un alivio adecuado del dolor en relación con la intensidad de este[23].

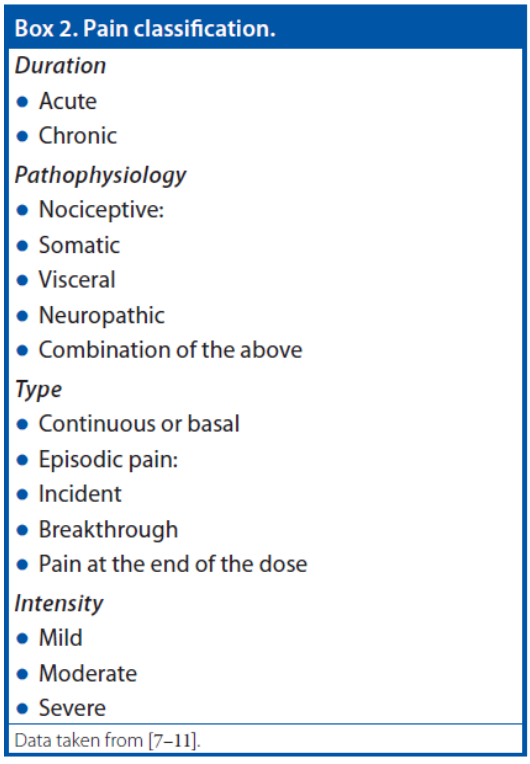
2.4.1. Clasificación del dolor oncológico

Por lo general, en el paciente con cáncer coexisten el dolor agudo y el crónico. Se distinguen los siguientes tipos de dolores físicos:

- Somático o nociceptivo: por estimulación de nociceptores cutáneos y de tejidos profundos como el hueso. Es un dolor constante y bien localizado. Son ejemplos de este tipo de dolor las metástasis óseas y el dolor de las incisiones postquirúrgicas[4].

- Visceral: como resultante de la infiltración, compresión, distensión o estiramiento de vísceras torácicas y abdominales por afectación primaria o metastásica. Es un dolor mal localizado, y a menudo referido a la piel. Puede asociarse a síntomas vegetativos como náuseas, vómitos, sudoración, sobre todo el dolor agudo[4].
- Neuropático: por afectación de los nervios periféricos, plexos o médula espinal, a causa de infiltración, compresión tumoral, o secundario a la quimioterapia, radioterapia o cirugía. Es un dolor paroxístico, quemante, eléctrico, sordo, urente o lancinante; acompañado de parestesias, disestesias, hipo e hiperestesia, así como de alteraciones motoras, sensitivas y del sistema nervioso autónomo[4].
- Mixto: con características de dolor nociceptivo y neuropático, es el tipo de dolor más frecuente en los pacientes oncológicos[4].

Figura 2. Clasificación del dolor



Box 2. Pain classification.

Duration
- Acute
- Chronic

Pathophysiology
- Nociceptive:
- Somatic
- Visceral
- Neuropathic
- Combination of the above

Type
- Continuous or basal
- Episodic pain:
- Incident
- Breakthrough
- Pain at the end of the dose

Intensity
- Mild
- Moderate
- Severe

Data taken from [7–11].

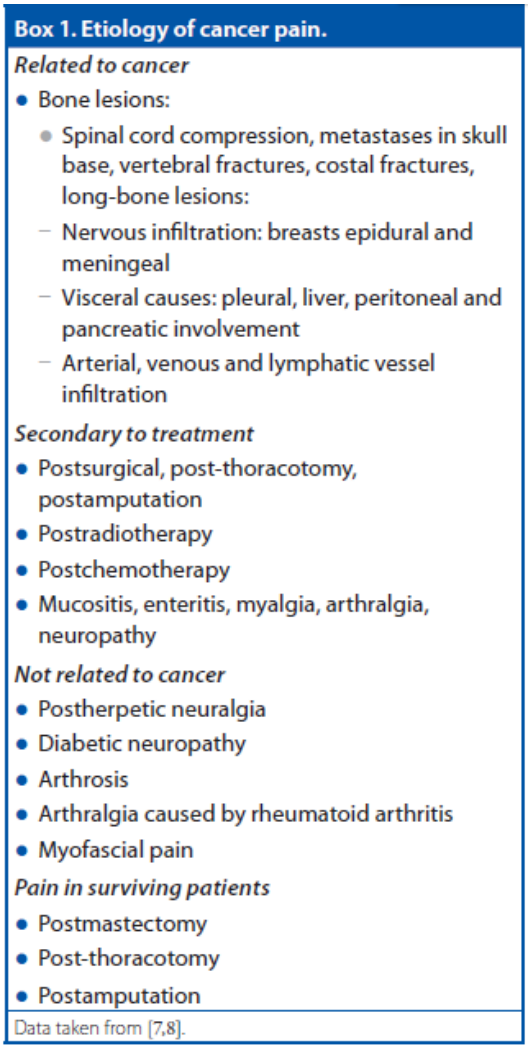
Fuente: Clasificación del dolor en el paciente oncológico. Imagen tomada de la referencia [21].

2.4.2. Etiología del dolor oncológico

Dentro de las principales causas del dolor oncológico, se pueden mencionar las siguientes:

- La invasión tumoral a estructuras adyacentes (70%), las cuales pueden ser estructuras óseas, de elementos vasculares o nerviosos[4].
- Obstrucción intestinal o la infiltración de vísceras huecas[4].
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos (20%), entre los que caben mencionar las intervenciones quirúrgicas y los efectos secundarios propios de la quimioterapia (mucositis gastrointestinal o bucofaríngea, neurotoxicidad) o de la radioterapia (enteritis, cistitis, osteonecrosis)[4].
- Síndromes inducidos por la neoplasia (menos del 10% de los casos), como los paraneoplásicos[4].
- Otras causas extraoncológicas, como artrosis, osteoporosis, cardiopatía isquémica, infarto agudo de miocardio[4].

Figura 3. Etiología del dolor oncológico



Box 1. Etiology of cancer pain.

Related to cancer

- Bone lesions:
  - Spinal cord compression, metastases in skull base, vertebral fractures, costal fractures, long-bone lesions:
  - – Nervous infiltration: breasts epidural and meningeal
  - – Visceral causes: pleural, liver, peritoneal and pancreatic involvement
  - – Arterial, venous and lymphatic vessel infiltration

Secondary to treatment

- Postsurgical, post-thoracotomy, postamputation
- Postradiotherapy
- Postchemotherapy
- Mucositis, enteritis, myalgia, arthralgia, neuropathy

Not related to cancer

- Postherpetic neuralgia
- Diabetic neuropathy
- Arthrosis
- Arthralgia caused by rheumatoid arthritis
- Myofascial pain

Pain in surviving patients

- Postmastectomy
- Post-thoracotomy
- Postamputation

Data taken from [7,8].

Fuente: Causas de dolor en el paciente oncológico. Imagen tomada de la referencia [21].

2.4.3. Evaluación del dolor oncológico

La evaluación del dolor es un tema fundamental en la planificación de la terapéutica analgésica. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor propone la descripción del dolor en cinco ejes fundamentales[4]:

1) Localización e irradiación
2) Sistema orgánico implicado
3) Característica temporal

4) Intensidad
5) Etiología[4].

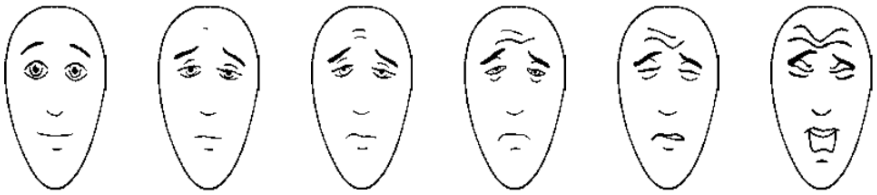
A lo anterior hay que añadirle una evaluación psicosocial básica, la descripción de los factores moduladores del dolor, los antecedentes de adicción al alcohol u otras drogas, y la respuesta, toxicidad y titulación de los tratamientos previos[4].

La valoración se realiza antes y durante el tratamiento. Existen diferentes formas de medir la intensidad del dolor, y una de las más comunes es la escala visual analógica (EVA), la cual "consiste en valorar mediante una regla marcada con puntuaciones del 0 al 10, donde el paciente podrá expresar la puntuación que da a la intensidad de su dolor"[4]. Esta escala puede aplicarse en todo tipo de pacientes. A aquellos que no entiendan la escala, se les puede ayudar con descriptores (dolor leve: EVA 1-3, dolor moderado: EVA 4-6, dolor severo: EVA 7-10), e incluso, en pacientes pediátricos, en los que se puede acompañar la regla con ilustraciones de expresiones faciales o colores, con los que puedan identificar las diferentes intensidades[4].

Aunque las escalas más utilizadas para la evaluación del dolor oncológico son las escalas unidimensionales, las multidimensionales son más completas, abordan múltiples dimensiones como la sensorial (situación, intensidad, calidad y modelo de dolor), afectiva (el miedo, depresión y ansiedad), cognoscitiva (la apreciación global de dolor) y conductual (situaciones en que alivian y agravan)[4].

Además de la utilización de escalas, para valorar la intensidad del dolor también se debe hablar con el paciente, para que cuente su experiencia con sus propias palabras. Para establecer el tratamiento farmacológico, se indagará la existencia de alguna alergia medicamentosa, lo cual es muy importante para evitar errores graves en la administración de medicamentos[4].

Figura 4. Escala visual analógica para la evaluación del dolor



Fuente: Evaluación de la intensidad del dolor en el paciente con cáncer. Imagen tomada de la referencia [24].

2.4.4. Tratamiento Farmacológico para manejo del dolor oncológico

El dolor es el síntoma más temido por los pacientes y sus familias. A pesar de los esfuerzos internacionales para mejorar el control del dolor, queda mucho por hacer. El mal manejo del dolor tiene consecuencias devastadoras, afecta seriamente la calidad de vida, disminuye la funcionalidad y supone una enorme carga emocional para los pacientes y sus familiares.

El manejo del dolor en el paciente oncológico se puede conseguir con diversos fármacos analgésicos; dependiendo del grado de dolor que presente el paciente, pueden utilizarse tanto opiáceos como no[25].

Los oncólogos usan una variedad de escalas para evaluar el dolor y comienzan el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el ácido acetilsalicílico o el paracetamol, continúan con el ibuprofeno y compuestos relacionados, y luego pasan a combinaciones de AINE y opiáceos, hasta llegar a los opiáceos más potentes[25].

Los nuevos opiáceos se comercializan en presentaciones de corta y larga duración; por ejemplo, algunos parches transdérmicos duran 72 h, lo cual es un plazo ideal para los pacientes con un dolor intenso que no pueden tomar medicación oral. El fentanilo transmucoso oral es más eficaz que la morfina de liberación estándar en este contexto[25].

Los pacientes con cáncer pueden presentar gran cantidad de síntomas durante el desarrollo de su enfermedad, así como durante el tratamiento con quimioterapia[25]. Una de esas complicaciones es la mucositis oral dolorosa; esta es una complicación común de la terapia intensiva en las neoplasias hematológicas malignas, y se puede tratar con medidas locales o con el factor de crecimiento recombinante de los queratinocitos humanos[25].

Otra de las complicaciones que se pueden presentar es la candida. Los medicamentos orales contra candida, que se absorben de manera completa o parcial en el tubo digestivo, ayudan a prevenir el dolor de la candidiasis oral[25].

Las normas de la American Pain Society, para el tratamiento del dolor en el cáncer, recomiendan intervenciones farmacológicas y psicosociales como modalidades complementarias[25]. En un metaanálisis de estudios controlados y aleatorizados de diversas intervenciones psicosociales, en pacientes adultos con cáncer (por ejemplo, relajación, terapia cognitivo-conductual y otros métodos basados en la educación y la adquisición de habilidades) se apreciaron efectos intermedios, tanto sobre la gravedad del dolor como sobre la interferencia en las actividades diarias[25].

En el año 1981, cuando el oncólogo Jan Stjernward se hizo cargo del departamento de oncología de la OMS, y fijó como una de sus metas combatir el dolor por cáncer, existía un ambiente de temor ante las consecuencias que podía conllevar el uso de opioides[26]. Stjernward organizó, en 1982, un encuentro en Milán de expertos en dolor, que se repitió dos años más tarde en Ginebra. Entre otros, participaron K. Foley de Nueva York, R. Twycross de Londres y John Bonica[26]. El grupo puso a la morfina como eje del manejo del dolor oncológico. Como resultado, en el año 1986 se publicó el folleto “Cancer pain relief”, que se reedito en 1990 y 1996 casi sin cambios[26].

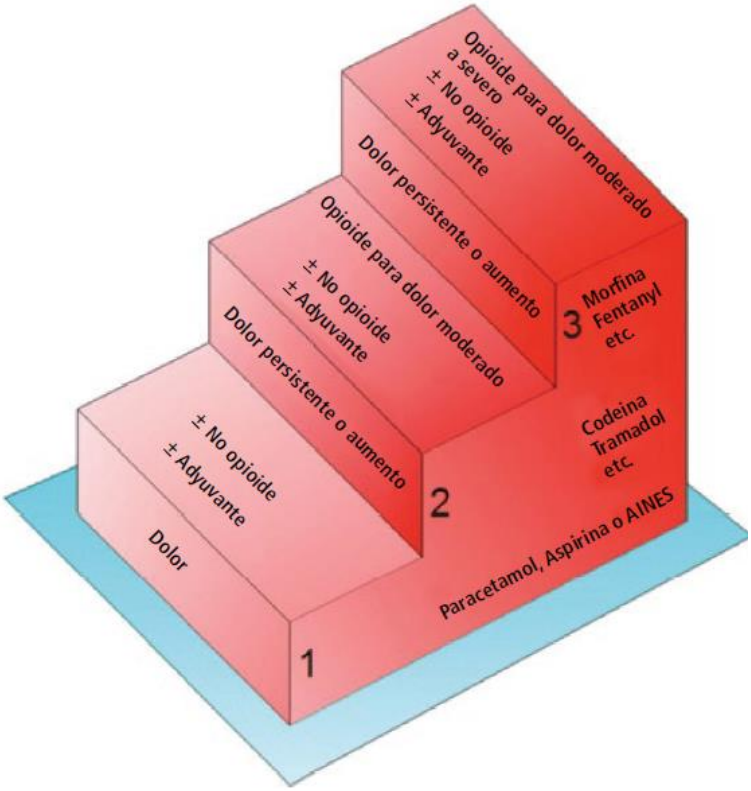
De acuerdo con este encuentro, la OMS estableció un método escalonado para aliviar el dolor (Figura 5), el cual es una manera simple, poco costosa y efectiva para controlar el dolor oncológico y que, bien llevado, puede otorgar alivio del dolor del 75 al 90% de los pacientes

con cáncer[26]. Su aplicación se basa más en la intensidad del dolor que en el mecanismo subyacente o el estadio de la enfermedad, y puede ser sintetizado en cinco frases:

- **Por vía oral:** siempre que sea posible hay que administrar los analgésicos vía oral, teniendo presentes vías alternativas en circunstancias especiales, tales como disfagia, vómitos incoercibles, entre otros[26].
- **A la hora exacta:** los analgésicos deben ser administrados en intervalos regulares de tiempo y de acuerdo con sus características farmacológicas, para evitar períodos sin o con menor actividad antiálgica[26].
- **En forma escalonada:** el escalón 1 involucra el uso de no-opioides. El escalón 2 involucra agregar un opioide débil si el dolor persiste. El escalón 3 sustituye el opioide débil por uno que permita manejar un dolor moderado a severo. En algunos casos, y en cualquier escalón, se usan medicamentos coadyuvantes[26].
- **Para el individuo:** la dosis adecuada es aquella que suprima el dolor con los mínimos efectos colaterales. Se debe considerar la respuesta pasada a determinado opioide por parte del paciente, o el efecto techo de alguno de ellos[26].
- **Atendiendo los detalles:** el régimen analgésico debe ser esbozado cuidadosamente al paciente y monitorizado en el tiempo; el medicamento correcto, por la vía, en la dosis e intervalo correctos. Evitar el dolor persistente y el dolor irruptivo, monitorizar efectos colaterales e indeseados[26].

Como se mencionó anteriormente la escalera analgésica propone tres escalones para el uso racional de los analgésicos en el tratamiento del dolor oncológico y sus recomendaciones. El paso 1 requiere el uso de analgésicos no opioides para el dolor leve, el paso 2 recomienda opioides débiles para el dolor moderado, y el paso 3 se basa en opioides fuertes para el dolor intenso. Si es necesario, se pueden usar fármacos adyuvantes en cada paso[21].

Figura 5. Escalera analgésica de la OMS



Fuente: Escalones según la OMS para el manejo del dolor. Imagen tomada de la referencia[26].

La escala analgésica de la OMS hace ver las necesidades individuales del paciente. De esta forma es muy importante seguir el esquema antes mencionado, pero con la debida flexibilidad, según las características del paciente y la respuesta al tratamiento[26]. Por ejemplo, en ocasiones los médicos se encuentran con un enfermo con dolor importante EVA > 6/10; en este caso, el sentido común indica que se debe tratar de entrada con opioides de la escala 2 o 3[26].

Para lograr adherencia al tratamiento, los medicamentos deben ser fácilmente aplicables, interfiriendo lo menos posible en la vida diaria, con pautas escritas entendibles por el paciente y su entorno, y procurando que la noche sea un período de real descanso[26].

Si la fuente del dolor se relaciona directamente con el tumor y no hay o hay mala respuesta a los analgésicos, entonces habrá que considerar la cirugía, quimioterapia o radioterapia[26]. Si el dolor está asociado a infección o trombosis venosa profunda, habrá que usar antibióticos o agentes antitrombóticos[26]. Estos ejemplos indirectamente dan a entender la necesidad de una comunicación efectiva entre los miembros del equipo multidisciplinario.

Cabe recordar que los AINE, los salicilatos y el paracetamol, del primer escalón del protocolo analgésico de la OMS, tienen un papel muy importante en el dolor oncológico, pero deben utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia hematológica, renal o hepática[26].

Los peldaños 2 y 3 recomiendan el uso de opioides de potencia creciente, y a todo nivel se preconiza agregar un coadyuvante, el cual es un medicamento originalmente usado con una indicación que no era para el dolor, pero que ha demostrado utilidad en el manejo de este[26]. Es el caso del uso de antiepilépticos o antidepresivos en dolor neuropático, bifosfonatos en caso de dolor óseo, y los corticoesteroides en caso de compresión medular o de raíces nerviosas[26].

Los opioides fuertes a menudo tienen los mismos efectos secundarios. No tiene sentido cambiar de opioide para tratar un dolor que no es sensible a este. Los efectos secundarios más comunes de los opioides son náuseas, sedación y disminución de la motilidad gastrointestinal[26]. Aunque el estreñimiento requiere medidas constantes, las náuseas generalmente ocurren solo en los primeros días de uso. Si la terapia con opioides se controla regularmente y la analgesia se ajusta de acuerdo con la respuesta del paciente, el riesgo de dependencia psíquica es bajo. Por otro lado, la dependencia física es común, por lo que se debe evitar la suspensión repentina[26].

Dentro de los medicamentos que se encuentran disponibles para el manejo del dolor están los analgésicos no opioides y los analgésicos opioides.

2.4.4.1. Analgésicos no opioides

Según la escalera analgésica de la OMS, en caso de dolor leve en el primer escalón, se administran analgésicos no opiáceos, denominados analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), solos o con adyuvantes o acetaminofén (paracetamol)[4].

2.4.4.1.1. Acetaminofén

El acetaminofén es uno de los analgésicos más reconocidos y utilizados en el mundo de hoy, aunque los mecanismos ubicuos por los que ejerce sus efectos analgésicos siguen sin comprenderse bien[27]. A diferencia de los AINE, se cree que el paracetamol tiene poco efecto sobre la COX-1 y la COX-2 y, por lo tanto, tiene poco efecto antiinflamatorio[27]. En cambio, se cree que el paracetamol actúa a través del sistema nervioso central (SNC) debido a su capacidad para cruzar la barrera hematoencefálica, y puede aliviar el dolor al elevar el umbral del dolor. Actúa como antipirético, que regula el centro termorregulador del hipotálamo[27].

Una limitación importante para el uso de paracetamol es su toxicidad renal y hepática documentada[27]. Sin embargo, estos efectos secundarios fueron mínimos en sujetos sanos con enfermedad renal y hepática leve, o sin enfermedad después de tomar la dosis diaria máxima[27].

El acetaminofén es un analgésico versátil y ampliamente utilizado, que se puede usar solo o en combinación[28]. En combinación con otras drogas, especialmente opioides, se puede administrar por vía oral, en supositorios o por vía intravenosa, y es considerado el fármaco de primer escalón en la escalera de la OMS[28]. El acetaminofén es un potente analgésico antipirético, pero a diferencia de los AINE, no tiene propiedades antiinflamatorias. Se desconoce el mecanismo de acción del paracetamol, pero se cree que desempeña un papel en el proceso de formación de prostaglandinas centrales[28].

El acetaminofén tiene pocos efectos secundarios o interacciones con otros medicamentos, pero puede causar hepatotoxicidad, lo cual es ciertamente una preocupación importante[28]. El acetaminofén se metaboliza en el hígado, principalmente por conjugación, pero el CYP metaboliza una pequeña cantidad a N-acetil-p-benzoquinoneimina (NAPQI).

Este metabolito puede acumularse en altas dosis o formas preexistentes, causando insuficiencia hepática y daño hepático extenso[28].

El consenso sobre la dosis diaria máxima segura de paracetamol y recomendaciones es de tres a cuatro gramos y menos cantidad en insuficiencia hepática preexistente[28]. El acetaminofén puede tener un efecto ahorrador de opioides cuando se usa con opioides. Por esta razón, a menudo se confunde con opioides como la codeína, tramadol, hidrocodona y oxicodona[28]. Los pacientes deben prestar especial atención a su número total de ingesta de acetaminofén, incluido el acetaminofén solo, y posiblemente acetaminofén en medicamentos combinados[28].

El paracetamol intravenoso es un tratamiento adyuvante interesante para el dolor agudo relacionado con el cáncer o peri operatorio doloroso, o cuando el paciente no puede tomar medicamentos enterales u óvulos[28]. El paracetamol intravenoso funciona más rápido que el paracetamol oral y parece carecer de metabolismo hepático de primer paso, lo que aumenta su perfil de seguridad. El uso de paracetamol IV está limitado por su alto costo y disponibilidad administrativa[28].

2.4.4.1.2. Antiinflamatorios no esteroideos

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) han sido el pilar del alivio del dolor durante siglos, debido a sus propiedades analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias[28]. Los AINE hacen su trabajo inhibiendo periféricamente la enzima ciclooxigenasa (COX), y luego bloqueando la producción de prostaglandinas. La COX-1 mantiene la función plaquetaria y estomacal en la mucosa, mientras que la COX-2 parece desempeñar un papel en la respuesta inflamatoria[28].

Los AINE pueden ser complementos útiles en el tratamiento del dolor relacionado con el cáncer[28]. En este sentido, se considera la primera droga de elección. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos también pueden estar presentes como tratamiento multimodal para el dolor más severo relacionado con el cáncer[28]. Desafortunadamente, los

AINE pueden causar una serie de efectos secundarios, que pueden limitar su uso en la cabeza y en poblaciones de cáncer de cuello[28]. Los AINE a menudo se asocian con efectos secundarios gastrointestinales, efectos que incluyen dispepsia y úlceras pépticas; este puede ser el resultado de la inhibición de las prostaglandinas que mantienen la mucosa del tracto gastrointestinal[28].

Los AINE pueden causar insuficiencia hepática, o incluso insuficiencia renal. El mecanismo es posible por la vasoconstricción renal, debida a la inhibición de las prostaglandinas, que normalmente provocan vasodilatación renal[28]. La lesión renal aguda suele ser reversible tras la suspensión del fármaco. Los AINE también pueden causar disfunción plaquetaria, al inhibir la COX-1 plaquetaria. El ácido acetilsalicílico es un inhibidor plaquetario irreversible, que al menos ha sido probado durante una semana de exposición hasta que se formen nuevas plaquetas[28].

Otros AINE son inhibidores reversibles y puede llevar menos tiempo restaurar la función plaquetaria[28]. Todos los AINE pueden aumentar el riesgo de eventos cardíacos adversos, especialmente en pacientes que tienen una enfermedad cardíaca preexistente o múltiples factores de riesgo[28]. La FDA ahora requiere etiquetas de riesgo cardíaco para todos los AINE[28].

2.4.4.2. Analgésicos opioides

Los opioides son efectivos para el dolor oncológico moderado-severo, por lo que son considerados como tratamiento de primera línea; además, tienen la ventaja de presentar efectos adversos predecibles, y una gran variedad de vías de administración: oral, intravenosa, subcutánea, intranasal, epidural, intratecal, transdérmica, submucosa, intraarticular e inhalada[4].

Los opioides pueden clasificarse según su estructura química[29]. Desde hace años, se han producido y estudiado numerosos compuestos semisintéticos (originados por modificación química de la morfina) y sintéticos[29]. Así, se puede clasificar a los opioides en sustancias

naturales, semisintéticas y sintéticas. (Figura 6). Los opioides también pueden clasificarse en función de su acción farmacológica sobre los diversos receptores: agonistas puros, agonistas débiles, agonistas parciales y agonistas-antagonistas. A su vez, se pueden clasificar dependiendo de su actividad o potencia analgésica, más o menos potente[29].

Figura 6. Clasificación de los fármacos opioides

Origen del opioide	Propiedad	Actividad
Naturales	*Agonistas puros*	*Fuerte*
Morfina	Morfina	Morfina
Codeína	Fentanilo	Fentanilo
Tebaína	Hidromorfona	Hidromorfona
Noscapina		
Semisintéticos	*Agonistas parciales*	*Intermedia*
Heroína	Buprenorfina	Buprenorfina
Derivados de la tebaína		Nalbufina
Dihidromorfona		
Sintéticos	*Agonista-antagonistas*	*Débil*
Benzomorfanos	Pentazocina	Codeína
Fenilpiperidinas (fentanilo y derivados, petidina, meperidina)	Nalbufina	Dextropropoxifeno
Difenilpropilamina (metadona)		
	Actividad mixta [a]	
	Petidina	
	Tramadol	
	Tapentadol	

Fuente: Clasificación de los diferentes opioides dependiendo de su estructura química, acción farmacológica y potencia analgésica. Imagen tomada de la referencia[29].

2.4.4.2.1. Opioides

Los opioides son el pilar del tratamiento del dolor nociceptivo relacionado con el cáncer[28]. Estos fármacos son potentes, versátiles y eficientes. Tienen muchas formulaciones diferentes y modos de gestión. El uso oral tiende a ser bien tolerado y muy efectivo[28].

.

Como mecanismos de acción, los opioides actúan sobre los receptores mu (m), delta (d) y kappa (k) en las regiones central y periférica del sistema nervioso[28]. La unión a los receptores no solo puede producir un efecto analgésico, sino también inducir a un huésped efectos secundarios que incluyen náuseas, vómitos, estreñimiento, sedación, prurito, y depresión respiratoria[28]. El uso prolongado de opioides también puede provocar tolerancia, dependencia, e hiperalgesia. El conocimiento profundo de la farmacología de estos fármacos y sus efectos secundarios es esencial para una terapia segura con opioides[28].

Los efectos secundarios, especialmente el estreñimiento, deben tratarse agresivamente, ya que pueden causar morbilidad importante[28]. La rotación de opioides es una opción viable para mantener la analgesia. Esto se logra cambiando los opioides recetados cada cierto tiempo[28]. Debido a que el fenómeno se conoce como tolerancia cruzada incompleta, deben estar disponibles nuevos medicamentos menores que la dosis del analgésico. Por esta razón se han descrito otras dosis analgésicas[28].

Si los opiáceos de acción corta no proporcionan suficiente duración de alivio para el paciente, se necesitan otras formas de dosificación de 24 horas; los medicamentos de acción prolongada o de liberación prolongada deben ser tomados en cuenta[28]. Los proveedores de salud deben permanecer atentos al control del abuso y el desvío de estas sustancias. Deben evaluar constantemente los beneficios y riesgos de mantener la terapia con opioides[28].

Dentro de los principales opioides utilizados en el manejo del dolor se encuentran los siguientes: codeína, tramadol, morfina, oxicodona y fentanilo.

2.4.4.2.1.1. Codeína

Se emplea en el segundo escalón de la escalera. Es un fármaco agonista considerado opioide débil. Actúa sobre los receptores μ y se metaboliza principalmente por glucuronidación a nivel hepático por el paquete de isoenzimas CYP2D6[1]. La biodisponibilidad por vía oral es de un 40%. Puede utilizarse sola o en combinación con

paracetamol para el alivio del dolor oncológico de leve a moderado, siempre tomando en cuenta que puede haber efectos adversos, por ejemplo, estreñimiento[4]. La dosis indicada en adultos es de 30-60mg cada 4 horas por vía oral, y la máxima es 240 mg/d[4].

2.4.4.2.1.2. Tramadol

Es considerado una droga débil. Tiene mecanismo de acción dual, actúa sobre los receptores μ y nociceptivos. La biodisponibilidad oral es de 65-75 %[4]. Está contraindicado cuando se sospeche de organicidad cerebral (metástasis) o antecedentes convulsivos. Se ha evidenciado que altas dosis del fármaco son iguales de efectivas que dosis bajas de morfina para el control del dolor moderado a severo; tomando en cuenta que produce menor cantidad de efectos adversos[4]. La dosis en adultos es de 50-100 mg cada 6-8 horas por vía oral, mientras la dosis máxima es 4[4].

2.4.4.2.1.3. Morfina

El sulfato de morfina es un analgésico opioide usado para el tratamiento del dolor moderado a severo. Actúa sobre los receptores opioides específicos encontrados en el Sistema Nervioso Central (SNC) y periférico. No tiene techo terapéutico, por lo que a medida que se incrementa la dosis, se eleva el efecto y existe un mayor riesgo de aparición de reacciones adversas. Se metaboliza principalmente en el hígado, por conjugación con el ácido glucurónico a morfina-3-glucuronico (M3G) y morfina -6-glucuronide (M6G). Solo el 5% sufre desmetilación; el metabolito con mayor actividad analgésica es la morfina 6-glucuronico, que puede llegar a ser 100 veces más potente que la morfina. Los metabolitos contribuyen a la toxicidad, particularmente en los pacientes con deterioro renal[4].

2.4.4.2.1.3.1. Principios del uso de morfina para el dolor por cáncer

La morfina debe administrarse cuando los analgésicos tradicionales del escalón 2 de dosis completa son ineficaces[30]. La dosis inicial habitual es de 10 mg de morfina de acción normal cada cuatro horas[30]. Tanto la forma líquida como la de comprimidos están disponibles y

deben administrarse según las preferencias del paciente. La dosificación regular cada cuatro horas requiere tomarse en medio de la noche[30]. La práctica anterior de dar una dosis doble como la última dosis del día del paciente ya no se recomienda, porque no es efectiva. Otras consideraciones importantes incluyen:

• El estreñimiento es casi universal en pacientes que toman morfina regularmente, y se deben usar laxantes y laxantes estimulantes con esta forma de morfina, sobre el principio de que los laxantes se usan regularmente para mantener la función intestinal normal, y que no es necesaria ninguna otra intervención a menos que sea un estreñimiento severo[30].

• Las náuseas ocurren en el 30-50% de los pacientes que usan opioides fuertes, y alrededor de un tercio de los pacientes, quienes usan morfina regularmente, requieren antieméticos para controlar las náuseas. Por lo tanto, los antieméticos deben usarse profilácticamente de manera regular, o el paciente puede usarlos en cualquier momento para una intervención temprana[30].

• A pesar de las dosis regulares de morfina cada cuatro horas, puede ocurrir dolor repentino entre intervalos de dosis de cuatro horas, por lo que a todos los pacientes que toman la misma dosis de morfina se les debe ofrecer medicación de rescate cada cuatro horas[30]. Antes del uso regular de medicación de rescate, se debe revisar el régimen analgésico del paciente. Si se requiere un ajuste de la medicación debido a un dolor de fondo intratable, esta es una indicación para aumentar la dosis, incorporando el requerimiento previo de morfina de 24 horas del paciente en la nueva dosis regular[30]. Por ejemplo, algunos pacientes todavía necesitan medicamentos de rescate para el dolor causado por las deposiciones o la orina[30]. El aumento de la dosis, en estas situaciones, puede provocar una sedación excesiva si se controla el dolor de fondo, por lo que se debe recomendar a los pacientes que mantengan su dosis analgésica de fondo, y eviten el dolor con medicación de rescate, hasta que se conozca el factor desencadenante[30].

2.4.4.2.1.3.2. Efectos secundarios de la morfina y opioides

Los efectos secundarios de la morfina (y otros opioides potentes) pueden ser heterogéneos o dependientes de la dosis[30]. La mayoría de los pacientes experimentarán estreñimiento después de tomar morfina, entre el 30 y el 50% experimentarán náuseas y vómitos, y algunos pacientes experimentarán sequedad en la boca[30]. Los efectos secundarios relacionados con la dosis aumentan si es necesario aumentar la dosis del paciente para aliviar el dolor. Estos efectos incluyen sedación, confusión, sueños vívidos, alucinaciones, espasmos mioclónicos y, en última instancia, depresión respiratoria[30].

- Estreñimiento: es común durante la terapia con opioides y debe controlarse con laxantes regulares[30]. La razón principal de esto es la relajación del músculo liso, por lo que los estimulantes intestinales a menudo deben usarse junto con los ablandadores de heces[30]. Hay preparaciones que incluyen estos dos ingredientes en una fórmula única que puede ser más conveniente para los pacientes. Las combinaciones de sen o bisacodilo con docusato de sodio o lactulosa fueron igualmente efectivas, y permitieron la titulación diferencial de emolientes y estimulantes[30]. El estreñimiento inducido por opioides debe controlarse con medicación oral, pero los pacientes a veces necesitan medidas rectales como óvulos y enemas[30]. La metilnaltrexona es una forma metilada del μ-opioide antagonistas de naltrexona que bloquean la acción periférica[30]. La analgesia mediada centralmente no fue abolida por los opiáceos. Si se administra por vía subcutánea, permite vaciar el intestino dentro de las 4 h en 57% de los pacientes[30]. Estos medicamentos se asocian con ligeras náuseas y dolor abdominal[30]. La metilnaltrexona puede ayudar a algunas personas con estreñimiento intratable inducido por opioides, pero la mayoría de los pacientes deben ser tratados con laxantes orales apropiados[30].

- Náuseas y vómitos: ocurren en el 30-50% de los pacientes que comienzan con morfina regular[30]. La mayoría de los pacientes responden bien a los antieméticos convencionales[30]. El mecanismo de las náuseas inducidas por opioides es principalmente central, a través de la zona de activación de quimiorreceptores, aunque la relajación del músculo liso periférico también puede desempeñar un papel. Se recomienda utilizar primero los antieméticos de acción central, como el haloperidol o la ciclizina, aunque se reconoce que estos pueden tener otros efectos secundarios, en particular somnolencia y sequedad de boca[30]. La metoclopramida con actividad periférica adicional puede ser valiosa cuando estos agentes

son ineficaces[30]. Si estos medicamentos son ineficaces y los vómitos persisten, se debe considerar la levomepromazina subcutánea[30].

- Boca seca: es un efecto secundario asociado con el uso de morfina[30]. Pero otros medicamentos también pueden empeorarlo, por ejemplo, los fármacos con actividad anticolinérgica, como la ciclizina y los antidepresivos[30]. Esto puede requerir atención a la higiene oral y se les debe indicar a los pacientes que utilicen un sorbo de agua, trocitos de hielo, goma o saliva artificial, en caso de presentar boca seca[30].

- Somnolencia: la somnolencia o cierto grado de sedación es común al comenzar con la morfina, o cuando se somete a un aumento de la dosis[30]. A medida que se desarrolla la tolerancia física, estos efectos suelen retroceder[30]. Sin embargo, debido a esto, los pacientes deben ser aconsejados para no conducir ni realizar otras tareas que requieran habilidades durante unos días, después de iniciar o cambiar la dosis de morfina[30]. No hay contraindicación a tal actividad una vez el paciente esté con una dosis estable[30]. En pacientes a quienes el aumento de la dosis los conduce a efectos secundarios inaceptables, particularmente sedación, a pesar de los mejores esfuerzos para controlarlos, un interruptor a un opioide fuerte alternativo puede producir efectos menores[30]. Los psicoestimulantes dextroanfetamina y metilfenidato se han utilizado para controlar los efectos secundarios de los sedantes, y el deterioro cognitivo asociado a los opioides[30]. Una revisión sistemática reciente concluyó que el metilfenidato puede tener un papel importante en el manejo de la sedación inducida por opioides o el deterioro cognitivo, o ambos, en pacientes para quienes la reducción de la dosis de opioides o cambiar a un opioide alternativo no es posible, pero la recomendación es débil, debido a una evidencia de mala calidad[30].

- Deterioro cognitivo: puede causar confusión; algunos pacientes experimentan sueños particularmente vívidos y aterradores[30]. También pueden tener alucinaciones visuales o auditivas[30]. Por lo general, este efecto secundario responde a la monoterapia con haloperidol en una dosis de hasta 5 mg por la noche, o se puede cambiar por otro medicamento opioide[30].

- Mioclonías: son manifestaciones del mioclono flexor[30]. Ocurren en pacientes con intoxicación por opioides, generalmente en el brazo, pero también pueden ocurrir en las

piernas[30]. En pacientes que se vuelven somnolientos y con deterioro cognitivo mientras toman opioides, a menudo se piensa que la toxicidad es la causa; sin embargo, el paciente con dolor por cáncer con frecuencia tendrá muchas drogas y no razones relacionadas con las drogas para su deterioro, como una infección[30]. La presencia de espasmos mioclónicos es útil para hacer el diagnóstico de toxicidad por opioides[30]. Es posible que sea necesario advertir a los pacientes que manipulen las bebidas calientes con cuidado, y los familiares deben estar tranquilos, deben entender que la mioclonía no se debe al dolor[30]. El mioclono generalmente se asienta con el tiempo o a medida que se reduce la dosis de opioides, pero si sigue siendo molesto, las benzodiacepinas pueden reducirlo[30].

- Depresión respiratoria: a menudo es citada por profesionales de la Salud como una preocupación en pacientes que toman altas dosis regulares de morfina[30]. En la práctica, el dolor es el antagonista fisiológico a los efectos depresores respiratorios de la morfina, y dando a los pacientes dosis inadecuadas de analgésicos para su dolor es un problema infinitamente mayor que la depresión respiratoria[30]. En diversos estudios, se han evaluado los hallazgos de gases en sangre en pacientes que toman morfina regularmente para el dolor del cáncer, y no se revela evidencia de retención de dióxido de carbono u otros parámetros de falla respiratoria[30].

- Adicción: la adicción también se sigue citando como una preocupación con el uso de morfina para el dolor del cáncer[30]. Hay mucha experiencia clínica sobre el uso de morfina regular en altas dosis para paciente con cáncer, donde se confirma que la adicción es extremadamente rara en estos pacientes[30]. La dependencia física no ocurre como una respuesta fisiológica a la estimulación de los receptores de opioides con la administración regular de agonistas opioides, y, por lo tanto, se observa un aumento lento en la dosis de morfina en algunos estudios longitudinales[30]. Esto no es invariable en la práctica clínica. La interrupción abrupta de la morfina en pacientes que pueden, por ejemplo, someterse a un procedimiento quirúrgico para aliviar su dolor, resultará en síntomas físicos de abstinencia en alrededor del 10% de los pacientes[30]. Esto también puede ocurrir con la administración de un antagonista opioide como la naloxona[30]. La adicción es un fenómeno más complejo relacionado con la dependencia psicológica, junto con la dependencia física que resulta en ansiedad por las drogas. Este no es un fenómeno reconocido en el uso de morfina para el dolor del cáncer[30].

2.4.4.2.1.4. Oxicodona

La oxicodona es una alternativa a la morfina en pacientes cuyo aumento de dosis está limitado por efectos secundarios[30]. También puede funcionar en pacientes con problemas renales moderados[30]. Se puede administrar por vía oral o parenteral (o rectal) en formulaciones similares a la morfina, incluidas tabletas de acción normal de cuatro horas y de liberación prolongada de doce horas[30]. La oxicodona es dos veces más fuerte que la morfina oral, por lo que, al cambiar a oxicodona, la dosis de morfina debe dividirse entre dos[30]. La administración parenteral fue dos veces más potente que la administración oral. Sus efectos secundarios generales son muy similares a los de la morfina; sin embargo, algunos pacientes pueden tolerarla mejor que la morfina[30].

2.4.4.2.1.5. Fentanilo

Es un opioide semisintético que está disponible en forma transdérmica y formulaciones transmucosas[30]. Es muy potente como un agonista opioide, con una relación de dosis analgésica equivalente a la de morfina de 1:80-100 cuando se administra por vía parenteral en una única dosis[30]. Su mayor liposolubilidad permite la absorción a través de la piel, y cuando se administra por vía parenteral tiene un efecto más rápido y una amplia distribución, con una vida media de eliminación de hasta 12 horas[30].

El fentanilo transdérmico es particularmente útil en pacientes incapaces de tomar medicamentos orales, debido a la dificultad para tragar o náuseas y vómitos[30]. Puede producir menos estreñimiento. Los parches transdérmicos necesitan estar adheridos a la piel sin pelo, generalmente en la parte superior del tronco o del brazo[30]. El fentanilo se libera de forma controlada del parche y forma un depósito subcutáneo de fármaco[30]. Los niveles terapéuticos del fármaco se alcanzan en un periodo de 12 a 24 horas, y el parche se cambia solo cada 72 horas[30]. El parche de dosis más baja libera 25 μg/h, lo que equivale aproximadamente a 10–20 mg de morfina cada cuatro horas[30]. Hay disponible un parche de 12 μg/h para uso pediátrico[30].

Por lo tanto, el fentanilo transdérmico es inflexible para la titulación de la dosis, y la mayoría de los especialistas sugieren que los pacientes sean titulados, para el control del dolor, con una preparación de opioides de liberación normal, antes de la conversión a administración transdérmica[30]. Ellos también deben tener fácil acceso a medicamentos innovadores. El fármaco de elección suele ser la morfina en una dosis de forma adecuada[30]. El fentanilo transdérmico no es adecuado para pacientes con dolor inestable, debido a su programa de dosificación de 72 horas[30]. Los factores locales también pueden afectar la absorción de la piel, y se ha demostrado una clara dependencia de la temperatura, con mayor absorción en pacientes febriles. Este puede dar lugar a una toxicidad inesperada si no se tiene en cuenta[30].

Dado que los niveles plasmáticos tardan de 12 a 24 horas en alcanzar su punto máximo, los pacientes que cambian de altas dosis de morfina a fentanilo requerirán acceso inmediato a morfina de liberación normal, para el alivio del dolor durante las primeras 12 a 24 horas de uso del parche[30]. Hasta el 10% de los pacientes han informado que experimentaron una reacción de abstinencia de morfina, generalmente diarrea, al cambiar de opioides alternativos a transdérmicos como el fentanilo[30].

Las preparaciones transmucosas de fentanilo han surgido de un deseo de tener una formulación que ofrezca acción de inicio rápido y de analgesia de compensación rápida, para pacientes con incidentes o con dolor de corta duración[30]. El fentanilo es ideal para estas preparaciones, porque es liposoluble y potente y, por lo tanto, se absorbe fácilmente a través de las membranas mucosas de la nariz o boca[30]. Hay varias preparaciones disponibles: transmucosas, pastillas, comprimidos bucales y sublinguales, preparados efervescentes orales y aerosoles nasales[30]. Todos ellos proporcionan un inicio más rápido de la analgesia que la morfina oral, con mejoría en las puntuaciones de dolor dentro de diez minutos; no obstante, como la morfina, la duración de la analgesia es de aproximadamente cuatro horas[30].

Figura 7. Fármacos de la escalera analgésica de la OMS

Tabla 1. Fármacos y dosis

Escalón analgésico	Fármaco	Dosificación
Escalón I de la OMS para el tratamiento del dolor	Paracetamol	Dosis en adultos: 0,5-1 g/4-6 h v.o (máx. 4 g/día) Dosis en pacientes en edad pediátrica: 10-15 mg/kg/4-6 h v.o (máx. 60-80 mg/kg/día)
	Ibuprofeno	Dosis en adultos: 400-600 mg/4-6 h v.o (máx. 2400 mg/día) Dosis en edad pediátrica: 5-10 mg/kg/4-6 h v.o (máx. 40 mg/kg/día)
Escalón II de la OMS para el tratamiento del dolor: asociar a paracetamol o ibuprofeno	Codeína	Dosis en adultos: 30-60 mg/4-6 h v.o (máx. 240 mg/día) Dosis en edad pediátrica: 0,5-1 mg/kg/4-6 h v.o
	Tramadol	Dosis en adultos: 50-100 mg/6-8 h v.o (máx. 400 mg/día). Fórmula retardada: 150-200 mg/12 h v.o
	Morfina	Dosis en adultos: inicialmente, 5-10 mg/4 h v.o; fórmula retardada: dosis cada 12 h v.o en función del dolor (no tiene techo analgésico).
Escalón III de la OMS para el tratamiento del dolor: asociar a paracetamol o ibuprofeno	Fentanilo	Existe una forma unicontinuous que se dosifica cada 24 h. Dosis pediatría: 0,4-1,6 mg/kg/día v.o Dosis en adultos: inicialmente, 25 µg/ h por vía transdérmica cada 3 días, dosis en función del dolor (no tiene techo analgésico). Dosis en edad pediátrica: no se han establecido la seguridad y la eficacia en niños. Uso no recomendado.

Fuente: Fármacos y dosis según la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud. Imagen tomada de la referencia[31].

2.4.4.3. Fármacos coadyuvantes

Es un grupo de fármacos, químicamente heterogéneos, cuya acción y eficacia complementa las de los analgésicos, sin tener propiedades analgésicas específicas. Estos fármacos, unidos a los opioides o a los AINEs, potencian la acción e incrementan la eficacia[32].

Figura 8. Fármacos coadyuvantes en el manejo del dolor

Medicamento	Indicaciones	Principios activos
Antidepresivos	Su principal indicación es el dolor neuropático. Acción independiente de su actividad antidepresiva, aunque en ocasiones coexisten dolor y depresión, en las que el alivio de este factor contribuye a mejorar la actividad del paciente.	- Amitriptilina: es el más ampliamente utilizado. Inicio a dosis bajas (10-25 mg), pudiendo incrementarse semanalmente. Dosis máximas: 100-150 mg / día. - Clomipramina. - Doxepina. - Duloxetina: 30-60 mg / día.
Anticonvulsivantes	Indicado en dolor oncológico neuropático.	- Gabapentina: Inicio con 300 mg / 24 h, hasta llegar a 300 mg / 8 h en tres días. Posteriormente, ascenso de 300 mg / semana si es preciso. Dosis máxima: 3600 mg / día. - Clonasen: Inicio 0,5 – 1 mg por la noche. Dosis máxima: 4-8 mg cada 8 horas. - Fenitoína. - Ácido valproico. - Carbamacepina.
Neurolépticos y ansiolíticos	No tienen eficacia analgésica, salvo la levomepromacina. Los neurolépticos se usan habitualmente para prevenir o suprimir las náuseas y vómitos debidos a los opioides. Las benzodiacepinas se utilizan cuando el dolor se acompaña de un componente ansioso, debido principalmente a que el paciente presenta una personalidad ansiosa. Su uso también está indicado en situaciones en las que sea difícil conciliar el sueño.	- Levomepromacina: 25 – 100 mg / día. v.o., s.c., i.v. - Haloperidol: 1,5 – 5 mg / día. v.o., s.c. - Clorpromacina: 30-100 mg / día. v.o., i.v.
Corticoides	Efecto analgésico debido fundamentalmente a su acción antiinflamatoria, aunque se discute si estos fármacos poseen además propiedades analgésicas intrínsecas. El tratamiento prolongado está indicado en el dolor debido a metástasis óseas, hipertensión intracraneal, tumores de la cara o el cuello, compresión medular o nerviosa y hepatomegalia.	- Prednisona. - Metilprednisolona. - Dexametasona: destaca por su potencia antiinflamatoria. Dosis habitual: 8-40 mg / 24 h.

Fuente: Fármacos coadyuvantes en el manejo del dolor. Imagen tomada de la referencia[32].

2.4.4.4. Procedimientos invasivos para el manejo del dolor oncológico

Alrededor del 10% de los pacientes con dolor por cáncer responden mal a los analgésicos estandarizados, o tienen efectos secundarios significativos, lo que requiere opciones de tratamiento intervencionista, definidas por algunos como el "cuarto escalón" del protocolo analgésico de la OMS. En términos generales, se pueden dividir en no destructivos y destructivos[26].

En el primer caso, existen los bloqueos con agentes farmacológicos reversibles, como los anestésicos locales, corticoides, opioides[26]. Estos se colocan como un bolo en algún tegumento específico, o a través de un tubo de catéteres cerca de los nervios periféricos o autonómicos, o cercanos a la médula espinal[26].

Un solo bloqueo con anestesia local y corticosteroides puede proporcionar un alivio total o parcial del dolor, en un área o segmento específico durante un tiempo limitado[26]. Aunque no hay ensayos controlados, parece ser útil para el alivio del dolor después de la cirugía y en casos de dolor agudo, como fracturas costales patológicas[26].

Los catéteres colocados en el espacio epidural o en la columna proporcionan una analgesia de mejor calidad, con menos efectos secundarios que los fármacos sistémicos[26]. Se recomienda el uso intermitente de un catéter tunelizado con reservorio, para administrar el fármaco de elección si se espera que la supervivencia sea inferior a tres meses[26]. Para una supervivencia de más de tres a seis meses, muchos recomiendan un sistema intramedular en combinación con una bomba implantable[26]. En cuanto a la elección de analgésicos, la morfina sola se usa a menudo para el dolor nociceptivo, mientras que se prefiere una combinación de anestésicos locales y opioides para el dolor neuropático o mixto[26].

Nuevamente, se hace necesario recalcar que estos procedimientos no están exentos de complicaciones y, en un paciente desnutrido, inmunodeprimido o con alteraciones de la coagulación, estas adquieren una importancia mayor[26]. En países en que los conflictos médico-legales se ha extendido, no solo se explica y documenta en detalle el procedimiento

y su(s) beneficio(s), sino que explícitamente se mencionan riesgos, cuidados, controles e incluso costos implicados, y que el paciente o el responsable legal debe aceptar[26].

A menudo, las opciones más agresivas son las de los procedimientos invasivos destructivos, donde se administran agentes líquidos en dosis tóxicas (50-90% de alcohol, 5-12% de fenol), calor (radiofrecuencia) o frío (crioneurolisis)[26]. El uso de líquidos proporciona efectos duraderos, pero la aplicación de calor limita el potencial de daño al tejido adyacente[26].

Los ejemplos incluyen la fenolización de uno o más nervios intercostales en el caso de fracturas patológicas, o del nervio de Arnold, en casos de tumores de cabeza y cuello que involucran el nervio posterior[26]. Un procedimiento más crítico, que requiere experiencia y soporte de imágenes, implica el bloqueo nervioso del ganglio celíaco en el cáncer de cabeza de páncreas; también el cervical superior en tumores de cabeza y cuello, y el ganglio hipogástrico superior en neoplasias malignas pélvicas[26].

Sus efectos pueden durar varias semanas y, en la mayoría de los casos, pueden al menos reducir significativamente la medicación asociada para el dolor[26]. Las indicaciones deben basarse en la probabilidad de complicaciones graves[26].

2.4.5. Barreras que impiden un adecuado manejo del dolor

En el paciente con cáncer, el dolor no resuelto es consecuencia de muchos factores, y pueden desglosarse en:

a. **Del paciente y entorno directo:** miedo a volverse adicto a los analgésicos, creer que los efectos colaterales serán peores que el dolor, desesperanza de poder controlar el dolor, distraer al oncólogo de tratar el cáncer, asociar dolor con progresión de enfermedad, miedo a que los analgésicos potentes son inyectables[26].

b. **Del médico:** inadecuada valoración del dolor, renuencia a prescribir opioides[26].

c. Del proceso comunicativo: en un estudio observacional de la interacción entre diez oncólogos y sus 240 pacientes, 2/3 de la conversación era sobre aspectos médicos o técnicos y solo en un 23% respecto a calidad de vida[26]. Y si bien se habló de dolor en el 75% de las entrevistas, este ocupó solo un 4% de la comunicación en el caso del médico y un 9,2% en el caso del paciente[26].

2.4.6. Factores de riesgo para dolor oncológico

Durante muchos años, los cánceres con mayor morbimortalidad en el mundo han sido los de pulmón, mama y colon[33]. Se informa que la incidencia general es un 20% más alta en hombres que en mujeres[33]. Aunque el 50% de los pacientes continúan experimentando dolor oncológico crónico, lo que provoca un malestar significativo, puede haber varias barreras que afectan a los pacientes o a los profesionales sanitarios que llevan al aumento en el dolor de estos pacientes[33].

Los factores que pueden limitar la capacidad de un paciente para buscar analgésicos se ven afectados por su cobertura de seguro[33]. También, otro factor que limita el acceso a analgésicos es una menor alfabetización en Salud[33]. Los proveedores de atención médica informan, ampliamente, que las restricciones en las prescripciones y la necesidad de autorización previa dificultan el control del dolor[33]. Las familias de nivel socioeconómico más bajo, incluidos los niños, informan una mayor prevalencia de dolor y ansiedad, en comparación con las familias de nivel socioeconómico más alto[33].

Muchos de estos pacientes experimentan dolor frecuente o persistente, lo que afecta aún más su vida diaria. La severidad del dolor experimentado por el paciente contribuye a un mayor nivel de fatiga, falta de sueño, agresión y aislamiento social[33].

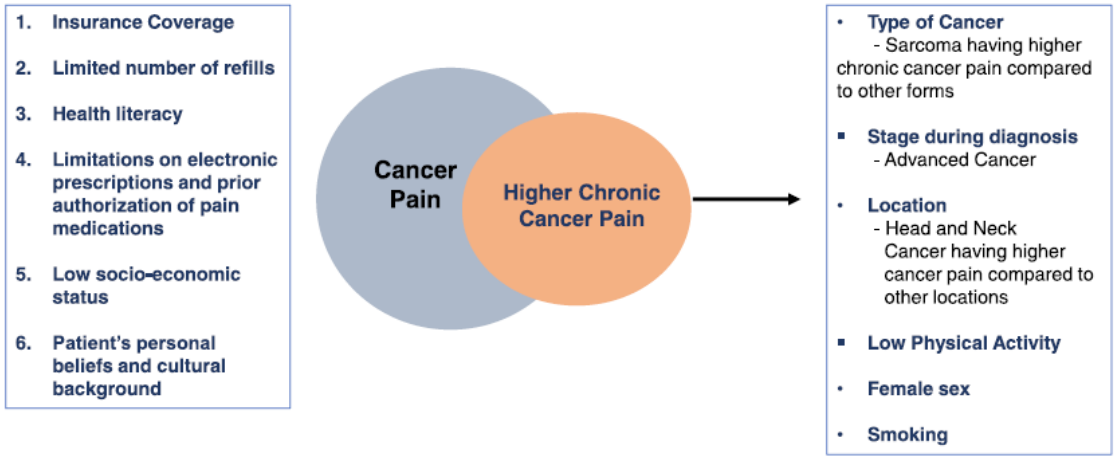
Al desarrollar un plan de tratamiento individualizado, varios factores pueden influir en la percepción del dolor por parte del paciente[33]. La falta de comprensión de los antecedentes culturales, las creencias espirituales y la percepción del dolor de los pacientes puede ponerlos, a ellos, en riesgo de recibir un tratamiento insuficiente[33]. El subregistro puede deberse a las

creencias personales de los pacientes, ya que ven el sufrimiento como parte de la vida humana, o a preocupaciones sobre la adicción a las drogas[33]. Los proveedores de atención médica deben abordar todas las preguntas e inquietudes de los pacientes, para limitar los malentendidos que podrían afectar el tratamiento[33].

Conocer el tipo de cáncer también ayuda con el tratamiento adecuado, ya que el dolor del cáncer varía de una persona a otra. Hay diferentes tipos, etapas y ubicaciones de diagnóstico. Aquellos diagnosticados con sarcoma o cáncer avanzado tienen una mayor incidencia de dolor crónico[33]. Algunos dolores de cáncer son más difíciles de tratar y generan algún grado de discapacidad, como el cáncer de cabeza y cuello, ya que los tumores pueden causar daño a los nervios periféricos[33]. Otros factores asociados con una mayor prevalencia de dolor oncológico crónico incluyen el tabaquismo, la baja actividad física y el sexo femenino[33]. (Figura 9).

Un historial médico completo puede identificar estos factores de riesgo, para que puedan abordarse cuando el paciente reciba tratamiento[33]. Los pacientes que no están satisfechos con su medicación actual deben saber que el cambio de fármacos es una opción, porque el 50% de los pacientes que cambian puede optimizar su plan de tratamiento y, en algunos casos, reducir los efectos secundarios[33].

Figura 9. Factores de riesgo del dolor por cáncer



Fuente: Varios factores influyen en la percepción de dolor. Es importante tener en cuenta estos factores al crear un tratamiento individual. Imagen tomada de la referencia[33].

2.5. Rol del médico en el manejo del dolor oncológico

La especialidad encargada del manejo del dolor oncológico por lo general es la medicina paliativa; sin embargo, el dolor se puede abordar desde diversas especialidades, para realizar un manejo integral del paciente.

Es muy importante recalcar que el enfoque de los cuidados paliativos está basado en el paciente y no en su enfermedad, es decir, que cada paciente es único y adicionalmente cada situación acerca de este es única también[34].

El alcance de los cuidados paliativos no está limitado a la etapa terminal de la enfermedad, sino que más bien se inicia en etapas tempranas de esta. Y es importante, además, recalcar que no termina con la muerte, ya que incluye el apoyo a las familias en duelo[34].

El rol del médico en el manejo del dolor en los pacientes oncológicos debe tener como meta prevenir y aliviar el sufrimiento y promover la mejor calidad de vida posible para estos pacientes y para sus familias, sin importar la etapa de la enfermedad o la necesidad de otras terapias[34].

2.5.1. Intervenciones del médico capaces de mejorar la sintomatología en pacientes con cáncer avanzado

Una de las intervenciones que el médico en cuidados paliativos puede realizar es la llamada telefónica a los pacientes[35]. Esta tiene como fin evaluar sus síntomas y preguntar por sus necesidades de cuidado, lo cual es algo que con mayor frecuencia se ha estado observando en la atención de pacientes con cáncer avanzado[35]. En diversas revisiones de la literatura, se ha demostrado que el seguimiento telefónico a pacientes con cáncer para la evaluación de

síntomas y entrega de información es algo aceptado y valorado positivamente por ellos, ya que les permite no solo mantener contacto con su equipo tratante, sino también recibir apoyo para el manejo de síntomas físicos o psicosociales[35]. La factibilidad de llevar a cabo este tipo de seguimiento telefónico también se ha demostrado posible en pacientes con cáncer avanzado[35].

El contacto telefónico ha sido utilizado, además, con el objetivo de realizar diversas intervenciones para el manejo de síntomas, educación y/o apoyo psicosocial a pacientes con cáncer[35]. Estas intervenciones telefónicas, generalmente realizadas por enfermeras o personal de Salud capacitado, han mostrado utilidad para el manejo de síntomas como fatiga, depresión y calidad de vida, y además mejoría en el funcionamiento físico y social de estos pacientes[35].

Parte de las intervenciones necesarias para el manejo de pacientes con cáncer es el examen físico, el cual es parte de la rutina que todos los médicos deberían tener al evaluar a estos pacientes. Sin embargo, en los últimos tiempos esta afirmación ha sido cuestionada por el valor dado a las imágenes diagnósticas, lo cual ha llevado a que nuevas generaciones de médicos le resten valor al examen físico, pudiendo llevar esto a la solicitud de exámenes innecesarios y a afectar la satisfacción de los pacientes[35].

Por lo descrito anteriormente, el examen físico debe realizarse rutinariamente en la práctica clínica, ya que es algo altamente valorado por los pacientes, tanto por el valor diagnóstico que le atribuyen, como también por la seguridad y cuidado que les provee[35]. La proximidad física del tacto con el paciente y la objetividad profesional de cuidado se encuentran asociadas, sin olvidar, además, el respeto por el cuerpo de la otra persona, solicitando permiso para su examen, evitando así el impacto negativo que pudiese tener para el paciente el considerar este acto como algo invasivo o inapropiado[35].

Otra herramienta de gran utilidad en el manejo de los pacientes con cáncer avanzado es la adecuada comunicación con el paciente; es importante que él conozca de su padecimiento y aclare sus inquietudes durante el abordaje del cáncer[35]. La comunicación entre médicos y

pacientes con cáncer avanzado frecuentemente puede ser difícil, debido a la alta carga sintomática que presentan los pacientes y a las múltiples intervenciones o tratamientos necesarios de realizar durante la consulta[35]. Se han utilizado diversos métodos para evitar el olvido de la información o su errónea interpretación, siendo el uso de grabaciones o resúmenes escritos los más ampliamente usados[35].

En varios estudios se ha visto que los pacientes de mayor edad o de menor nivel educacional podrían beneficiarse aún más del uso de grabaciones, permitiéndoles mejorar su adherencia a los tratamientos indicados[35]. La evidencia científica apoya su uso, no genera un mayor costo ni de dinero ni de tiempo para los profesionales, y no incrementa los riesgos legales[35].

Parte de una adecuada comunicación entre el médico y los pacientes es el conocer cómo prefieren dichos pacientes con cáncer avanzado tomar sus decisiones; es un elemento central en la comunicación entre pacientes, familiares y profesionales de Salud[35]. Esto, además, constituye un factor importante en la calidad de cuidado y satisfacción de los pacientes. La percepción que tienen los médicos sobre las preferencias de los pacientes en torno al rol activo, pasivo o compartido que desean tener en la toma de decisiones frecuentemente no concuerda[35].

La mayoría de los pacientes prefiere tomar las decisiones en forma compartida, pero debido a que no es posible conocer el tipo de preferencia antes de la consulta, es importante preguntar y considerar la preferencia individual de cada paciente, para lograr, de esta forma, una mayor participación y satisfacción de ellos en la toma de sus decisiones[35].

El ambiente físico donde se recibe a los pacientes influye mucho en el manejo de aquellos con cáncer avanzado[35]. El cuidado de los pacientes con enfermedades avanzadas involucra aspectos muchas veces no considerados en el plan de cuidado de los enfermos, como es el lugar físico donde se reciben o donde posiblemente fallecerán[35]. Entre las principales preferencias de los pacientes, en relación con los servicios de cuidados paliativos, está contar con personal de salud responsable, una organización del sistema de atención capaz

de responder a sus necesidades, y un espacio y ambiente físico que respondan a sus expectativas de cuidado[35].

2.6. Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos surgen alrededor de la década de los sesenta, en el Reino Unido, ante la necesidad de un control sobre el sufrimiento físico y psicosocial de los pacientes con cáncer y otras enfermedades en estado avanzado, pero también como respuesta a las necesidades de sus familiares directos[35].

A través de los años, los equipos de cuidados paliativos han mejorado la capacidad de evaluar y manejar los múltiples problemas clínicos de los pacientes, y de apoyar a sus familias[35]. Hay una gran cantidad de síntomas clínicos en estos pacientes, dentro de ellos el dolor. A su vez, surgen problemas en la familia con respecto al cuido y manejo de la enfermedad[35]. (Figura 10).

Figura 10. Problemas frecuentes de pacientes en cuidados paliativos y problemas para sus familiares

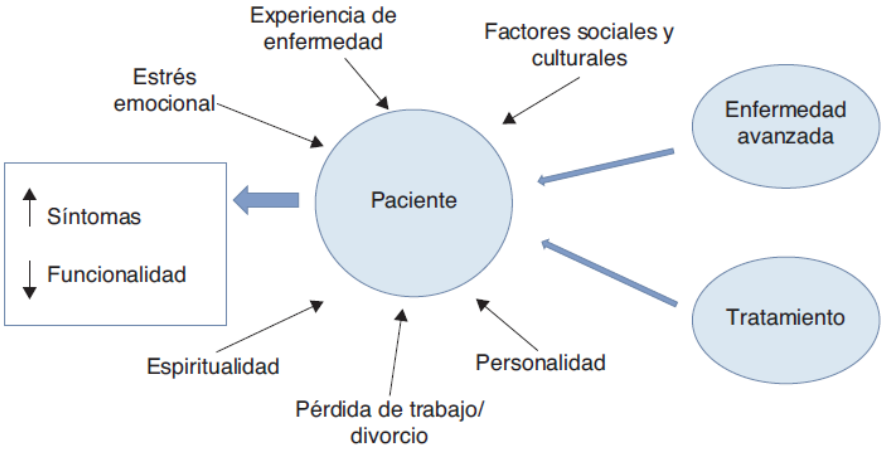
Problemas de los pacientes	Problemas de las familias
Dolor (80%)	Cuidado físico
Fatiga (90%)	Cuidado emocional
Caquexia (80%)	Higiene y aseo (cama, baño)
Anorexia (80%)	Trabajo, dinero y transporte
Náuseas y vómitos (90%)	Acceso a profesionales de salud
Ansiedad (25%)	Acceso y manejo de medicamentos
Disnea (50%)	Cuidado de la salud familiar
Confusión-agitación (80%)	

Fuente: Principales problemas de pacientes y sus familiares en cuidados paliativos. Imagen tomada de la referencia[35].

La medicina paliativa no solo trata el cáncer, sino que también abarca patologías progresivas como la insuficiencia cardiaca, la insuficiencia respiratoria, entre otras. Se ha

visto, con estas patologías, que existe una clara relación entre el diagnóstico de una enfermedad progresiva incurable y la sensación de malestar y enfermedad por parte del paciente[35]. Sin embargo, esa relación no es perfecta, ya que muchos pacientes afectados de una enfermedad muy avanzada pueden sentirse completamente asintomáticos y, por otro lado, pacientes que se pueden sentir extremadamente sintomáticos pueden no tener ningún diagnóstico de enfermedad avanzada[35]. La figura 11 muestra cómo la funcionalidad y el sufrimiento físico en un paciente es el resultado, no solo de la enfermedad de la cual ha sido diagnosticado, sino también de la toxicidad del tratamiento que está recibiendo, y de la influencia de la experiencia de la situación espiritual personal del propio paciente[35].

Figura 11. Funcionalidad y sintomatología de pacientes con enfermedad avanzada



Fuente: Factores que influyen en la funcionalidad y sintomatología en pacientes con enfermedad avanzada. Imagen tomada de la referencia[35].

La International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC) define los cuidados paliativos como "el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con un sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad grave, y especialmente de aquellos que se acercan al final de la vida"[36]. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.

A su vez, la Sociedad Americana de Hospicios y Medicina Paliativa define la meta de los cuidados paliativos:

> (…) como prevenir y aliviar el sufrimiento y promover la mejor calidad de vida posible para los pacientes que se enfrentan a enfermedades que amenazan la vida o que sean debilitantes; y para sus familias, sin importar la etapa de la enfermedad o la necesidad de otras terapias[34].

Históricamente, los cuidados paliativos se desarrollaron para pacientes con cáncer en etapa terminal; sin embargo, el espectro de enfermedades se ha ampliado, y actualmente incluye enfermedades cardíacas, respiratorias, metabólicas, renales, y neurológicas[34].

Según la OMS, las bases de los cuidados paliativos son las siguientes:

- Proporcionar alivio al dolor y otros síntomas que produzcan sufrimiento[22].
- No tratar de acelerar la muerte ni retrasarla[22].
- Integrar los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados de los enfermos[22].
- Ayudar a las personas enfermas a que rearmen su vida junto a sus familias y consideren la muerte como un proceso normal[22].
- A través de un enfoque de equipo, abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluida la orientación para enfrentar la pérdida de un ser querido, cuando sea pertinente[22].
- Ofrecer apoyo a las familias durante la enfermedad y en el duelo[22].
- Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia[22].
- Se aplican también en las fases tempranas de la enfermedad, junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida, como radioterapia o quimioterapia[22].
- Incluye también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas[22].

Es muy importante recalcar que el enfoque de los cuidados paliativos está basado en el paciente y no en su enfermedad, o sea, que cada paciente es único y adicionalmente cada situación acerca de este es única tambien[34].

El alcance de los cuidados paliativos no está limitado a la etapa terminal de la enfermedad, sino que más bien se inicia en etapas tempranas de esta. Y es importante, además, recalcar que no termina con la muerte, ya que incluye el apoyo a las familias en duelo. Por otro lado, no se debe olvidar que la única manera de proporcionarle el cuidado paliativo, a un paciente, es mediante un abordaje multidisciplinario, por lo que se deberían tener en cuenta los medios de comunicación pertinentes con las diferentes especialidades, tanto para el paciente como para su familia[34].

2.7. Medicina Paliativa

La medicina paliativa es una medicina rehabilitadora, activa, que vela y respeta la autonomía y dignidad de la persona, y trata de mejorar la calidad de vida previniendo oportunamente posibles complicaciones en el proceso de la enfermedad[22]. Básicamente, los cuidados paliativos utilizan tres herramientas:

1. Manejar los síntomas adecuadamente.
2. Adecuada comunicación
3. Buen apoyo emocional[22].

2.7.1. Equipos de trabajo en medicina paliativa

Los equipos de trabajo son la base de una buena atención a los pacientes con cáncer en etapas avanzadas[22]. El trabajo en equipo es una ciencia que consiste en coordinar el trabajo mediante la evaluación de los recursos disponibles de los empleados[22]. El denominador común del trabajo en equipo es el de las necesidades de los pacientes terminales, un apoyo profesional interdisciplinario, calificado y personal, teniendo en cuenta todos los aspectos del paciente y su familia[22]. Los equipos profesionales deben incluir médicos, enfermeras, psicólogos, asistencia social y espiritual[22].

El equipo requiere un alto nivel de habilidades profesionales y atención experta, brindándole a cada paciente un servicio individual, atención a los detalles y sensibilidad hacia

sus necesidades[22]. La medicina paliativa es diferente de la atención de las personas mayores y las enfermedades crónicas. Otras cualidades de un terapeuta son mostrar empatía, calidez y autenticidad[22]. También se debe enfatizar el valor del contacto físico, como un apretón de manos[22].

2.7.2. Atención domiciliaria en Medicina Paliativa

La integración de los cuidados paliativos y la atención domiciliaria requieren una vocación de servicio, organización del sistema de salud y conocimientos científicos suficientes y actualizados[22]. El uso de la atención domiciliaria beneficia a los pacientes, al reducir las hospitalizaciones prolongadas y costosas, reduce las visitas innecesarias a la sala de emergencias, reduce el riesgo de tratamiento innecesario y la posibilidad de sobretratamiento[22]. La atención domiciliaria requiere coordinación entre el equipo de salud, el equipo familiar y la familia[22].

2.7.3. Tratamientos paliativos

Hoy es indistinguible que cáncer avanzado y cáncer terminal no son sinónimos[22]. Los pacientes con tumores avanzados tienen más probabilidades de responder a los tratamientos contra el cáncer que, cuando son efectivos, pueden mejorar la calidad de vida e incluso su supervivencia[22]. El tratamiento oncológico no radical (llamado tratamiento paliativo) solo debe ofrecerse cuando los beneficios potenciales para el paciente son superados por la carga física, psicológica y financiera del tratamiento[22]. Dentro de los tratamiento paliativos que se ofrecen a estos pacientes están los siguientes:

1. Radioterapia paliativa: el objetivo es una mejoría sintomática de la enfermedad metastásica o local. Entre las indicaciones más frecuentes son: metástasis óseas sintomáticas; metástasis óseas en huesos de carga, para prevenir fracturas patológicas; y la compresión medular, que se considera urgencia oncológica por el pronóstico neurológico que resulta de una rápida intervención[22].

2. Hormonoterapia paliativa**:** el objetivo del tratamiento hormonal es interferir con la acción inductora de cáncer que pueden poseer las hormonas. Los tumores que mejor responder a la hormonoterapia son: mama, endometrio y próstata. Otros tumores tratables con hormonas son ovario, riñón, carcinoide, glucagonoma, páncreas, melanoma y meningioma[22].
3. Quimioterapia paliativa: la quimioterapia es el tratamiento clásico del cáncer. Su objetivo es la destrucción de células con un ciclo celular acelerado, como es el de las células tumorales. También puede afectar células sanas (hematopoyéticas, gonadales) y de ahí derivan sus efectos tóxicos[22]. En esta etapa, se pueden ofrecer ciclos de quimioterapias cortas que dependerán del tipo de cáncer, con el fin de ayudar a aliviar el dolor y otros síntomas, sin acelerar ni posponer la muerte[22]. Una planificación consensuada del tratamiento con información y objetivos claros constituyen la base para la aceptación de que un tratamiento activo pase a ser paliativo[22].

4. Cirugía paliativa: se usa con el fin de mejorar la calidad de vida, con procedimientos quirúrgicos que van desde disminuir masas tumorales hasta cirugías derivativas o de descarga, para facilitar la funcionalidad de los órganos[22].

2.8. Terapias Complementarias

Los términos "medicina complementaria" o "medicina alternativa" aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país, dado que ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional[3].

Las medicinas complementarias y alternativas constituyen una amplia y compleja combinación de intervenciones, filosofías, enfoques y terapias que adoptan un punto de vista holístico de la atención: el tratamiento de la mente, el cuerpo y el espíritu[37]. Algunos de los términos utilizados para hacer alusión a estas intervenciones incluyen: medicina holística, no ortodoxa, no convencional, natural, tradicional y no-tradicional, entre otros[37].

Las terapias complementarias son aquellas que se utilizan conjuntamente con la medicina convencional. Estas son herramientas que pueden desempeñar alguna función en un programa de tratamiento integral, diseñado por el paciente y el profesional de la Salud[37].

En un estudio exploratorio-descriptivo llevado a cabo por Caires et al.[38], se evaluaron los beneficios del uso de terapias complementarias, en los pacientes que reciben cuidados paliativos. Dentro de los beneficios se mencionaron los siguientes:

- Promoción de la relajación
- Oportunidad para contacto con el paciente
- Establecimiento de una relación médico-paciente[38].

Estas terapias también se utilizan para evitar el aislamiento y la depresión; para facilitar la interacción entre el paciente y familia; para permitir la mejora en la calidad de vida; y para optimizar el efecto de los medicamentos para controlar el dolor[38]. Dentro de estas terapias, la musicoterapia fue citada como una ayuda en la construcción de relaciones y confraternización con los miembros de la familia, promoviendo momentos de placer y relajación para los pacientes y sus familiares[38].

Las terapias complementarias se consideran como una forma de promover el alivio de los síntomas físicos, psicológicos y emocionales[38]. El dolor es la causa más común de sufrimiento e incapacidad, que afecta a millones de personas en todo el mundo. Se considera el síntoma más frecuente en pacientes fuera de las posibilidades terapéuticas de una cura, y causa gran incomodidad, directamente interfiriendo en su calidad de vida[38].

Algunos ejemplos de terapia complementaria son: masajes, musicoterapia, técnicas de reducción de estrés, acupuntura, retroalimentación, meditación, relajación, aromaterapia, yoga, terapia de arte, entre otros. Estas terapias son comúnmente usadas por los pacientes oncológicos para mejorar su calidad de vida, reducir los efectos adversos derivados del

tratamiento e incrementar la sensación de control y manejo sobre su enfermedad, así como aumentar su bienestar general[37].

Las terapias alternativas generalmente no son consideradas por la profesión médica como herramientas fundamentales en el manejo de ciertas patologías, ya que son reconocidas como terapias sin niveles de recomendación y evidencia, lo que las cataloga entonces como intervenciones sin valor terapéutico[37].

2.8.1. Clasificación de las terapias complementarias

El National Center for Complementary and Integrative Health ha clasificado la medicina complementaria y alternativa en cinco categorías principales, pero solapadas[39]:

1. Sistemas médicos alternativos.
2. Intervenciones cuerpo-mente.
3. Tratamientos de base biológica.
4. Métodos manipulativos y basados en el cuerpo.
5. Terapias basadas en la energía[39].

Figura 12. Clasificación de la medicina complementaria y alternativa

Clasificación de la medicina complementaria y alternativa

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
Sistemas médicos alternativos	Construidos sobre sistemas completos de teoría y práctica	Medicina tradicional china Ayurveda Medicina homeopática Medicina naturopática
Intervenciones mente-cuerpo	Diseñado para aumentar la capacidad mental para afectar la función corporal y los síntomas	Meditación Rezo Curación mental Arteterapia Musicoterapia
Tratamientos basados en la biología	Uso de sustancias encontradas en la naturaleza	Vitamina o suplementos dietéticos Productos naturales (p. ej., cartílago de tiburón y *Ling Zhi* para tratar el cáncer)
Métodos manipulativos y basados en el cuerpo	Implica la manipulación corporal y/o el movimiento de una o más partes del cuerpo	Manipulación quiropráctica/osteopráctica Masaje corporal
Terapias de energía	Implica el uso de campos de energía	Qi-gong Reiki Toque terapéutico

Fuente: Categorías principales en la medicina complementaria y alternativa. Imagen tomada de la referencia[40].

2.8.1.1. Terapias para la mente y el cuerpo

Las intervenciones cuerpo-mente abarcan una amplia variedad de técnicas para mejorar la capacidad mental de afectar a las funciones y síntomas corporales[39]. Son ejemplos comunes de intervenciones cuerpo-mente las terapias cognitivas, la biorretroalimentación, el yoga, la meditación, la hipnosis, las técnicas respiratorias, la oración, el tai chi, y las expresiones creativas, como el baile, la música y la pintura[39]. Todas estas intervenciones pretenden acceder al reservorio profundo de la mente como método para conseguir efectos terapéuticos sobre el cuerpo[39]. Se ha visto que las intervenciones cuerpo-mente influyen favorablemente en la práctica de la medicina convencional, mediante efectos placebo que se conocen poco[39].

2.8.1.1.1. Meditación

La mayoría de estas técnicas comenzaron en las tradiciones religiosas o espirituales orientales[41]. Durante la meditación, una persona aprende a enfocar su atención y suspender el flujo de pensamientos que normalmente ocupan su mente[41]. Se cree que esta práctica resulta en un estado de mayor relajación física, serenidad mental y equilibrio psicológico[41]. Practicar la meditación puede cambiar la forma en que una persona responde al flujo de emociones y pensamientos en la mente.

Hay diferentes tipos de meditación, dentro de las cuales se pueden mencionar "la meditación concentrativa, meditación, atención plena, meditación de atención plena, entrenamiento de atención plena, y meditación trascendental"[41]. La meditación es una técnica mente-cuerpo utilizado para inducir la relajación o reducir los síntomas de fatiga depresión, ansiedad, fibromialgia, ira, hipertensión, reumatoide artritis, diabetes, tinnitus, insuficiencia cardiaca congestiva, dolor de espalda y muchas otras afecciones médicas crónicas[41].

La meditación suele combinarse con ejercicios de respiración, relajación ejercicios (por ejemplo, yoga, qi gi gong, tai chi), o visualización guiada, pero las técnicas varían, y es difícil separar la meditación de otras modalidades[41].

La meditación es una práctica mental utilizada para despejar la mente de pensamientos que distraen y crean un estado físico y mental relajado. Existe una extensa literatura sobre la modulación de la actividad cerebral y la modulación asociada de los nervios parasimpáticos y simpáticos del sistema nervioso, con impacto variable por diferentes prácticas de meditación[41]. Dado que el papel del estrés en las enfermedades crónicas es cada vez más preocupante, y parece ser un factor de riesgo independiente para la calidad de vida y los resultados, es necesario realizar más investigaciones sobre las mejores maneras de incluir esta modalidad terapéutica para el manejo del dolor[41].

2.8.1.1.2. Biorretroalimentación

La terapia de biorretroalimentación consiste en la utilización de dispositivos electrónicos simples, para enseñarles a los clientes cómo regular conscientemente funciones corporales como la respiración, la frecuencia cardíaca y la presión arterial, para mejorar la salud y el bienestar[41]. Las aplicaciones incluyen reducción del estrés, eliminación de dolores de cabeza, reacondicionamiento de músculos lesionados, alivio del dolor y control de ataques de asma[41].

Es una técnica para monitorear y obtener control sobre funciones corporales automáticas, y reguladas por reflejos mediante el uso de información obtenida de un dispositivo de control objetivo (por ejemplo, presión arterial, saturación de oxígeno)[41].

2.8.1.1.3. Hipnosis

El proceso de hipnosis consiste en la inducción de un estado similar al trance de mayor sugestionabilidad o cumplimiento, con el sujeto recibiendo ideas pasivamente, imágenes o instrucciones del hipnotizador[41].

La inducción de un estado alterado de conciencia se caracteriza por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión[41]. El estado hipnótico se logra relajando primero el cuerpo y luego dirigiendo la atención a una gama limitada de objetos o ideas sugeridas por el hipnoterapeuta

o hipnotizador[41]. El procedimiento se usa para efectuar cambios positivos y para tratar condiciones tales como dolor crónico, dolencias respiratorias, estrés y dolor de cabeza[41].

2.8.1.1.4. Yoga

El yoga es una antigua disciplina espiritual y ascética hindú, que ha evolucionado en el ejercicio de mente y cuerpo practicado a nivel mundial, que es cada vez más reconocido por tener beneficios para la salud en una variedad de condiciones clínicas y no clínicas (con componentes de bienestar físico, mental, social y espiritual), incluyendo asma[41].

El yoga implica la respiración controlada combinada con meditación y posturas corporales enfocadas en la flexibilidad y el fortalecimiento de grupos musculares simétricos, pero pueden variar en intensidad[41].

Se combinan ejercicios de respiración, posturas físicas y meditación para calmar el sistema nervioso y equilibrar cuerpo, mente, y espíritu[41]. Las sesiones suelen durar 45 minutos y se realizan una o más veces a la semana, con la persona sola o en grupo[41].

2.8.1.1.5. Tai chi

El tai chi implica movimientos corporales lentos, suaves y controlados, mientras se respira profundamente y se medita[41]. También conocido como meditación en movimiento, se cree que el tai chi ayuda a fluir a lo largo el cuerpo de una propuesta de energía vital llamada qi[41]. La serie de movimientos relajados y elegantes se realizan en conjuntos llamados formas o rutinas, que se realizan solos o en grupo[41].

2.8.1.1.6. Imágenes Guiadas

Una de las terapias mente-cuerpo es la técnica de imágenes guiadas; esta práctica es precedida de una serie de técnicas de relajación y luego sigue la visualización de imágenes detalladas, generalmente pacíficas[41]. Si se utiliza para el tratamiento, el individuo visualiza su cuerpo libre del problema o condición específica[41]. Las sesiones suelen durar entre 20 y 30 minutos y se practica varias veces a la semana[41].

2.8.1.1.7. Arteterapia

El arte, y en particular las artes visuales, son parte integrante de todas las culturas, dando expresión a pensamientos, sentimientos, deseos y valores[42]. En la evolución natural perduraron por contribuir al desarrollo de una amplia noción de bienestar en la conciencia humana, como un remedio que en parte compensara sus muchas infelicidades, entre ellas la enfermedad y el sufrimiento[42]. En la modernidad, la arteterapia se define a partir de estas premisas fundamentales, y basa su intervención en el valor terapéutico que el propio proceso de creación artístico aporta a la persona enferma o en crisis[42].

En el cáncer, se han documentado numerosos beneficios, como expresar emociones, en particular dar voz a lo que las palabras no consiguen expresar, aumentar la relajación, la comunicación, contribuir a reducir el dolor y soportar las experiencias estresantes de la enfermedad, promover la sensación de control, favorecer la autoestima, generar mayor entendimiento sobre la propia situación, ayudar a adaptarse y a encontrar sentido a lo que se vive; en otros términos, fomentar el crecimiento postraumático[42].

2.8.1.1.8. Musicoterapia

La musicoterapia es la utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas[43].

Los objetivos de la musicoterapia son desarrollar el potencial y/o restaurar las funciones de la persona, de manera que pueda conseguir una mejor integración intra y/o interpersonal, y consecuentemente, una mejor calidad de vida, a través de la prevención, rehabilitación o tratamiento[43].

La música puede ser empleada con propósitos terapéuticos, bien sea como elemento de distracción frente a la experiencia inductora de estrés, que supone el tratamiento contra el

cáncer, o como manera de fomentar el desarrollo de una capacidad de respuesta adaptativa positiva[44].

2.8.1.1.8.1. Funciones de la musicoterapia ante las necesidades físicas del paciente oncológico

La enfermedad de cáncer puede provocar dolor y malestar físico. Asimismo, muchos de los tratamientos que se aplican suelen ser dolorosos y estresantes, y pueden provocar dolor, náuseas y fatiga, así como disminuir el sistema inmunitario[43]. Algunos de los efectos positivos reportados en el área física de la musicoterapia como terapia coadyuvante, llevados a cabo con enfermos oncológicos adultos, incluyen: disminuir la percepción del dolor, disminuir la tensión y fatiga, promover estados de bienestar y relajación, ayudar a una mejor tolerancia y afrontamiento de los tratamientos y disminuyendo las náuseas[43].

Las náuseas, el dolor, la fatiga y el malestar general son efectos secundarios frecuentemente resultantes de la quimioterapia y de la radioterapia, entre otros tratamientos, que, juntamente con los efectos derivados de la propia enfermedad, generan malestar físico en el paciente[43]. La disminución del bienestar físico y funcional del enfermo compromete su calidad de vida, y afecta a su vez al bienestar y funcionamiento psicológico y social del paciente[43].

2.8.1.2. Prácticas que usan productos naturales

Los tratamientos de base biológica emplean sustancias que se encuentran en la naturaleza, como hierbas, vitaminas, suplementos dietéticos y alimentos para tratar la enfermedad y mejorar la salud[39]. Estos productos son muy populares en todo el mundo, y solo en Estados Unidos de América se gastan millones de dólares en ellos. Se da por hecho que los productos naturales son más sanos y mejores que los productos químicos sintéticos para tratar la enfermedad[39]. Los suplementos dietéticos se consideran alimentos y no medicamentos; por tanto, no están sometidos a las mismas normas reguladoras que impone la U.S. Food and Drug Administration a los productos farmacéuticos[39]. Se pueden

comercializar sin ninguna prueba clínica que confirme su eficacia o su seguridad[39]. Al no estar sometidas a esta supervisión reguladora, estas sustancias pueden contener impurezas, como pesticidas y otros productos nocivos[39].

En pacientes con cáncer, algunos productos que se pretende que actúen como suplementos dietéticos pueden no ser seguros, por los efectos adversos que los componentes naturales que los constituyen puedan producir, por las interacciones medicamentosas que puedan producirse con los demás fármacos, por la posible contaminación que pudieran contener con compuestos tóxicos, o por su adulteración con drogas[44].

2.8.1.2.1. Cannabis

El cannabis sativa es una planta natural de las regiones templadas de Asia, y ha sido empleada por los sistemas de curación tradicionales de dichas regiones[44]. Ha sido utilizada en terapéutica desde la Antigüedad, y el reciente conocimiento del sistema cannabinoide formado por receptores específicos de cannabinoides (componentes activos de la planta Cannabis sativa) y moléculas endógenas que se unen a ellos (endocannabinoides) han contribuido al renacimiento del estudio de las propiedades terapéuticas de esos compuestos[45].

La planta Cannabis sativa contiene más de 400 sustancias, de las cuales 61 tienen estructura de cannabinoide, similar a la de su principio activo más importante, el Δ9-tetrahidrocannabinol (THC), el cual es responsable de la mayoría de las acciones psicoactivas y de los efectos terapéuticos (antiemético, analgésico, sedante y estimulante del apetito)[45]. El cannabidiol (CBD) es un cannabinoide no psicoactivo que actúa por un mecanismo diferente al del THC, y comparte algunos de sus efectos terapéuticos[45].

Existen algunos países, como los Países Bajos e Israel, en los que el uso médico del cannabis está legalizado, mientras que otros, como Canadá, disponen de programas que proporcionan un acceso limitado a la marihuana para fines médicos[44]. En Estados Unidos de América existe un número creciente de estados que permiten el uso médico de cannabis, o bien lo han legalizado directamente[44].

La eficacia analgésica de los cannabinoides ha sido evaluada en el tratamiento del dolor oncológico, neuropático, postoperatorio y en la artritis reumatoide[45]. La mayoría de los pacientes con cáncer que utilizan el cannabis buscan el alivio de los síntomas relacionados con el cáncer (es decir, dolor, anorexia, astenia) o con los efectos secundarios del tratamiento, como son las náuseas y los vómitos, y expresan a menudo satisfacción con los resultados obtenidos[44].

El tratamiento más empleado ha sido para el dolor de tipo neuropático, siendo actualmente la tercera línea de manejo[45].

Ventajas de cannabinoides sobre opioides:

• Aceptable eficacia analgésica; además, no tienen efecto techo.
• Sus efectos son dosis-dependientes, a mayor dosificación, mayores efectos analgésicos.
• Pueden asociarse a otros fármacos coadyuvantes (antidepresivos tricíclicos, anticomiciales, paracetamol) y a opioides, para de esta forma conseguir los mejores resultados analgésicos.
• Permiten ser administrados por la mayoría de las vías, incluida la inhalatoria.
• Enorme eficacia en casi todos los cuadros dolorosos[45].

Se ha demostrado que estos sinergizan la eficacia analgésica de los opiodes, por lo que su administración en conjunto mejora la eficacia, así como los efectos adversos disminuyen[45].

2.8.1.2.2. Alimentos o dietas especiales

Estas prácticas dietéticas están diseñadas para promover la salud y el bienestar, y tienen varios grados de evidencia de eficacia y seguridad[41]. La dieta vegetariana Ornish, rica en fibra y baja en grasas, promueve la pérdida de peso y la salud, al controlar lo que se come, en lugar de contar calorías[41]. La dieta South Beach distingue entre carbohidratos buenos y malos, promoviendo bajos alimentos con índice glucémico y mayor ingesta de verduras y cereales integrales (sin contar calorías)[41]. La dieta Atkins hace hincapié en una reducción drástica de la ingesta diaria de hidratos de carbono (≤40 g), junto con un aumento de proteínas y grasas[41]. Otros enfoques especiales incluyen las dietas macrobióticas y de la Zona[41].

2.8.1.3. Prácticas de manipulación del cuerpo

Los métodos manipulativos y basados en el cuerpo incluyen modalidades que manipulan una o más partes del cuerpo para producir diversos resultados de salud[39]. En este grupo están: la terapia mediante masajes, la quiropraxia, la osteopatía, la reflexología y las terapias de movimiento, como el método Feldenkrais y la técnica Alexander[39].

2.8.1.3.1. Masaje

El masaje ha sido definido como la manipulación sistemática de suaves tejidos del cuerpo para el efecto terapéutico[41]. Los terapeutas de masaje manipulan los músculos y el tejido conectivo para mejorar la función de esos tejidos y promover relajación y bienestar[41]. Un ejemplo de ello es el masaje clásico (es decir, sueco), que consiste en acariciar y deslizar (o sea, effleurage), amasar (es decir, petrissage y percutir (o sea, golpeteo), pero existen otras formas de masaje que se han originado en diferentes partes del mundo[41].

2.8.1.3.2. Terapia quiropráctica

El ajuste de la columna vertebral y las articulaciones influye en el sistema nervioso del cuerpo y en los mecanismos de defensa naturales, para aliviar el dolor y mejorar la salud general[41]. El cuidado quiropráctico es una forma de cuidado de la salud que se enfoca en la relación entre el cuerpo y su estructura, principalmente la columna vertebral, y la función[41].

La quiropraxia se basa en la relación entre la estructura y la función[39]. La estructura primaria es la columna y la función es el sistema nervioso; se cree que esta relación afecta a la recuperación y preservación de la salud[39]. El primer ajuste quiropráctico se llevó a cabo en 1895. El principio básico de la quiropraxia es que cualquier interferencia con la transmisión, recepción o aplicación de los impulsos que viajan por el sistema nervioso produce alteraciones funcionales o enfermedades[39]. Esta interferencia puede ser resultado de una subluxación vertebral. A lo largo de los años, se han formulado numerosas definiciones para describir la naturaleza de la subluxación[39]. En todas ellas hay al menos cuatro criterios o características principales:

1. Falta de alineación de la vértebra en relación con las que están por encima o por debajo.
2. Movilidad vertebral anormal.
3. Falta de movimiento articular.
4. Interferencia con la transmisión de impulsos nerviosos[39].

La subluxación vertebral puede ser el resultado de cualquiera de las causas siguientes: traumatismos, toxinas (infecciones, intoxicaciones) y autosugestión (factores psicológicos)[39]. La subluxación vertebral se trata con manipulaciones quiroprácticas llamadas ajustes[39]. El ajuste quiropráctico es una forma concreta de manipulación articular directa, caracterizada por un tirón dinámico, vigoroso a alta velocidad, de amplitud controlada[39]. Estos ajustes se pueden hacer manualmente, o con instrumentos dirigidos a articulaciones específicas[39].

Se cree que los ajustes quiroprácticos dan energía a la fuerza vital que conecta la columna con el resto del cuerpo, para acelerar la curación y recuperar la salud[39]. La quiropraxia ha pasado a ser una de las profesiones curativas no farmacológicas más extendidas[39]. De acuerdo con un estudio, que incluyó una completa encuesta del uso de métodos alternativos por los estadounidenses, el uso de tratamientos quiroprácticos por los adultos aumentó del 9,1% en el 2012 al 10,3% en el 2017[39]. El estudio también encontró que los adultos estadounidenses gastaron 3.900 millones de dólares en visitas a profesionales, para manipulaciones quiroprácticas u osteopáticas[39].

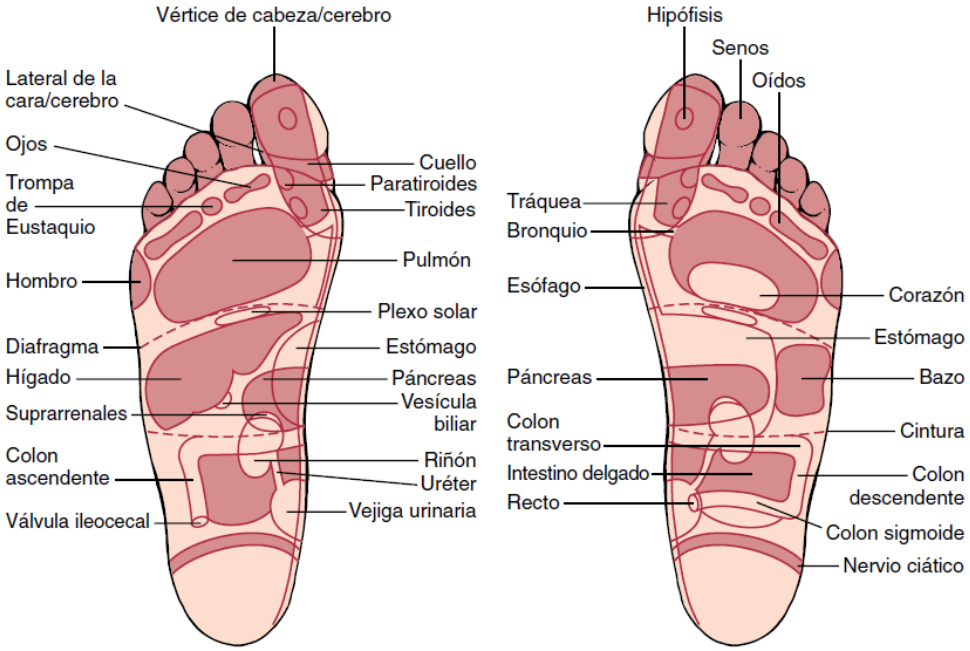
2.8.1.3.3. Reflexología

La reflexología es definida como la utilización de técnicas específicas para trabajar las partes blandas del organismo, especialmente los músculos[41]. Su aplicación se centra en localizaciones más específicas que se proyectan a sitios en concreto (por ejemplo, a la planta de los pies, las manos o el cuero cabelludo, proyectándose a órganos de todo el cuerpo)[41].

La reflexología es una terapia basada en el cuerpo, en la que se aplica presión a los pies, orejas, cráneo y manos, para tratar varias dolencias y fomentar el bienestar y la mejora de la

salud[39]. El terapeuta comprime firmemente con los dedos las zonas del pie o de la mano del paciente, para valorar el estado de salud de cada parte del cuerpo[39]. Las primeras referencias a la reflexología datan del 2700 a.C., y en ella se cree que cada órgano o glándula está representado en un punto reflejo del pie o de la mano, que está unido a través de una serie de zonas longitudinales y transversales[39]. Las zonas longitudinales discurren a través de los brazos y las piernas hasta el órgano o glándula[39]. Con la manipulación del área refleja, localizada la mayoría de las veces en las plantas de los pies, el terapeuta puede tratar esa zona del cuerpo[39]. (Figura 13).

Figura 13. Mapa de reflexología en el pie



Fuente: Mapas de reflexología en el pie. La concentración más densa de áreas reflejas está en la planta del pie. Imagen tomada de la referencia[39].

Se piensa que la reflexología, que no es un simple masaje del pie, puede aliviar la tensión y los bloqueos, al estimular receptores sensitivos en los nervios del pie[39]. Como resultado, se crea una energía que se extiende hasta la médula y se dispersa a través de todo el sistema nervioso[39]. La reflexología se ha usado para numerosas situaciones, como mejorar el sistema inmunitario, la parálisis, la artritis, la diabetes y los trastornos del sueño; para reducir la presión arterial y para estimular la circulación[39]. Un metaanálisis de 2015 indicó que el masaje ejerce efectos beneficiosos en el alivio del dolor debido al cáncer[39]. La reflexología

podal pareció ser más eficaz que el masaje corporal y la aromaterapia[39]. La American Commission for Accreditation of Reflexology Education and Training (ACARET) establece los criterios formativos necesarios para la profesión de la reflexología[39]. También les otorga credenciales a las personas que intervienen en la formación de los estudiantes de reflexología. El American Reflexology Certification Board (ARCB) tiene un proceso de evaluación en tres partes, para garantizar que el profesional ha cumplido los criterios de calidad establecidos por el comité[39].

2.8.1.4. Terapia Bioenergética

En las terapias basadas en la energía se detectan y utilizan campos de energía con fines terapéuticos[39]. Estas terapias se clasifican en tres tipos: terapias de biocampo, terapias bioelectromagnéticas y acupuntura[39]. El término biocampo se acuñó en 1994, en una reunión en el NIH (Instituto Nacional de Salud, de Estados Unidos de América), y la hipótesis del biocampo da a entender que todos los objetos irradian un campo electromagnético[31]. Si un objeto, como por ejemplo parte del cuerpo del sanador, un suplemento nutricional o un campo electromagnético de aplicación externa se llevan cerca o dentro del cuerpo de una persona, las frecuencias que emite este objeto o el campo van a reaccionar con el campo de la persona[39].

Los antiguos indios llamaron tradicionalmente a los biocampos prana, los chinos qi (o chi), los japoneses ki, los místicos judíos luz astral, y los pintores cristianos halos[31]. Las prácticas actuales con biocampos van dirigidas a afectar al campo de energía del paciente por medio de las manos del sanador; la fuerza curativa del terapeuta cura al paciente[39]. Son ejemplos de este tipo de terapia con energía el reiki, el qi gong, y el toque terapéutico.

2.8.1.4.1. Reiki

Reiki es una práctica de medicina energética que se originó en Japón[41]. El practicante coloca sus manos sobre o cerca de la persona para recibir el tratamiento con la intención de transmitir ki, que se cree es energía de fuerza vital[41].

El reiki se define como una terapia de energía vibratoria, que consiste en el uso de una secuencia de posiciones de manos y de símbolos, para canalizar la fuerza universal, con el

fin de recargar, realinear y reequilibrar el campo de energía del ser humano[46]. Según diversos expertos, a nivel psicológico, el reiki presenta la facultad de eliminar bloqueos energéticos y aportar un incremento en el potencial de energía de las personas[46]. El reiki les proporciona a las personas equilibrio y el regreso a su estado natural de salud, incrementando la sensación de bienestar, así como los sentimientos positivos[46]. De esta manera, el reiki, al nutrir y fortalecer el sistema energético de las personas, favorece que los sentimientos positivos sean realzados para aportar efectos psicológicos saludables[46]. Debido a ello, el reiki podría ser eficaz para tratar diversos problemas psicológicos como la depresión, el estrés y la ansiedad[46].

Por otro lado, se pueden encontrar diversos estudios en los que se afirma que el reiki también es útil para mejorar trastornos somáticos; por ejemplo, en el insomnio o fatiga, además de acelerar la curación, disminuir el dolor y aliviar los síntomas físicos[46].

Un estudio de fase II aleatorizado ha mostrado que, en pacientes con cáncer avanzado, la terapia reiki administrada mejoraba el control del dolor cuando se comparaba con un control en reposo[44]. Sin embargo, a su vez, se pueden encontrar estudios que afirman lo contrario; es decir, que no hay pruebas suficientes para asegurar que el reiki acelere la curación de las enfermedades somáticas o mejore los síntomas físicos[46].

2.8.1.4.2. Toque terapéutico

El toque terapéutico es una técnica de la que se ha encontrado que reduce la ansiedad y el dolor y mejora la relajación[47]. El toque terapéutico es la intención enfocada de sanar por parte del practicante; implica la transferencia de energía del medio ambiente a través del médico al paciente[47]. En un gran estudio descriptivo, un hospital evaluó su programa de toque terapéutico para pacientes hospitalizados. Los investigadores encontraron que disminuyó la ansiedad y dolor y hubo mayor relajación[47].

2.8.1.5. Sistemas Holísticos

Los sistemas médicos alternativos son sistemas completos y complejos, de prácticas sanitarias que incorporan productos naturales, elementos espirituales, dieta y otras

modalidades[39]. Algunos sistemas, como la medicina homeopática y la medicina naturópata, han evolucionado en Occidente, mientras que otros, como la medicina china y la medicina ayurvédica, se han desarrollado en culturas no occidentales[39].

2.8.1.5.1. Medicina Ayurvédica

Ayurveda, también conocida como medicina ayurvédica, medicina tradicional asiática, o medicina tradicional india, es un antiguo sistema médico que utiliza una variedad de métodos para diagnosticar y tratar diversas enfermedades y sus condiciones[41].

Es un método originario de la India, el cual se centra en la prevención y el tratamiento de problemas de salud a través de la integración y equilibrio de cuerpo, mente y espíritu (es decir, enfoque holístico)[41]. Los tratamientos propuestos tienen como objetivo limpiar el cuerpo de sustancias que causan enfermedades, ayudando a restablecer la armonía y el equilibrio[41].

El Yoga y Shirodhara son prácticas frecuentemente incluidas como medicina ayurvédica[41].

Shirodhara es un método de relajación-estimulación que consiste en verter líquidos (por ejemplo, aceite, leche, suero de leche, agua de coco, agua) sobre la frente y a menudo se combina con diferentes masajes[41]. Se ha utilizado para tratar los síntomas de enfermedades como la rinitis alérgica, la sinusitis, el insomnio y la fatiga[41]. El método también se ha utilizado para aliviar los síntomas de tinnitus, vértigo, enfermedad de Ménière, discapacidad auditiva, pérdida de memoria, diabetes y otras condiciones[41].

2.8.1.5.2. Medicina Tradicional China

La medicina tradicional china es el nombre actual de un sistema integral y antiguo de atención médica de China, basado en el concepto de una energía vital o fuerza vital, llamada qi o chi, que fluye por todo el cuerpo a lo largo de canales conocidos como meridianos, que regulan el equilibrio espiritual, emocional, mental y físico de una persona[41]. Esta energía está

influenciada por las fuerzas opuestas de yin (energía negativa) y yang (energía positiva)[41]. Se cree que la enfermedad es el resultado de la interrupción del flujo de qi y yin y yang desequilibrados[41]. La atención se centra en la noción de armonía y equilibrio, incluidas las ideas de moderación y prevención[41]. Incorpora terapia herbal (mezclas complejas) y nutricional, ejercicios físicos reparadores, meditación, acupuntura y masaje reparador[41].

2.8.1.5.2.1. Acupuntura

Los procedimientos implican la estimulación de puntos anatómicos del cuerpo mediante varias técnicas[41]. La acupuntura americana incorpora tradiciones médicas de China, Japón, Corea y otros países[41]. La acupuntura clásica utiliza agujas finas para penetrar la piel con estimulación manual o eléctrica, pero los enfoques más nuevos usan estimulación cutánea directa sin aguja[41].

La acupuntura tiene varias formas descritas: acupuntura, acupuntura auricular, acupuntura china, acupuntura del oído, acupuntura del pie, acupuntura de mano, acupuntura japonesa, acupuntura coreana, aguja moxibustión, acupuntura de punto único, acupuntura de punto gatillo y acupuntura occidental[41].

La acupresión es otro tipo de técnica que utiliza algunos de los principios de la acupuntura, pero no usa agujas[41].

La acupuntura se utiliza para una amplia variedad de condiciones médicas, y es más comúnmente utilizada para tratar el dolor en forma de neuropatía, dolor lumbar, trabajo de parto, disfunción de la articulación temporomandibular y dolor de cabeza por migraña[41].

2.8.1.5.2.1.1 Tipos de acupuntura

a) **Acupuntura Tradicional China**

Si se quiere aplicar la acupuntura tradicional china, necesariamente se debe conocer esa milenaria cosmovisión de la persona y su entorno, que se basa en principios del taoísmo y del confucionismo: Yin y yang, entendidos como energías opuestas, complementarias e interdependientes, y la teoría de los cinco movimientos, que clasifica la naturaleza y sus

fenómenos como pertenecientes al agua, a la madera, al fuego, a la tierra o al metal[48]. Bajo estos principios, el hombre es un ente entre el cielo y la tierra, y la salud es un estado de armonía dependiente de lo que lo rodea y de su mundo interno[48].

En acupuntura, esta cosmovisión determina:

1. La categorización y sistematización de los puntos "acupunturales".
2. La energía vital o *"*Qi*"* (pronunciado chi) y los meridianos por donde circula.
3. Las causas de la enfermedad.
4. El papel de los órganos internos.
5. El proceso diagnóstico[48].

Según la medicina tradicional china, el dolor se origina por un desbalance entre el yin y el yang, y este desbalance se puede manifestar a nivel de órganos, vísceras, músculo, piel, vasos, tendones y meridianos[48]. En la medida que la causa, patogenia, localización y los síntomas sean diferentes, su tratamiento también lo será[48]. La interrogación, la observación, el examen del pulso, la lengua y las zonas por las que discurren los meridianos permite examinar al paciente, interrogar no solo verbalmente a la persona, sino también sobre los efectos que la enfermedad produce en ella, en su vida emocional y relacional, que generan un contexto enriquecedor para consultante y terapeuta que facilita un diagnóstico, y, por lo tanto, una terapéutica adecuada[48].

b) Acupuntura Occidental

La acupuntura occidental se basa en la forma occidental de mirar el mundo, es decir, elige de todos los puntos usados para una lumbalgia, por ejemplo, aquellos que más se repiten o que mejor resultado han tenido en el tratamiento de esta dolencia[48]. Requiere, por cierto, conocimientos generales de acupuntura, pero dista mucho del proceso diagnóstico y terapéutico utilizado en la medicina tradicional china[48].

2.8.1.5.2.1.2. Técnicas asociadas a la acupuntura

Junto con la inserción de agujas, se pueden emplear otras técnicas complementarias que se pueden asociar a la terapia, y entre estas están[48].

1. Moxibustión: consiste en la aplicación de calor directamente sobre sobre la aguja o mediante cilindros o conos derivados de la combustión de la planta Artemisa vulgaris. Se puede aplicar sin la inserción de agujas, pero siguiendo los mismos puntos descritos para la acupuntura y según la terapia requerida[48].
2. Electroacupuntura: también está la posibilidad de conectar las agujas a equipos de estimulación eléctrica, modificando frecuencia y amplitud de la corriente aplicada[33].
3. Ventosas: consiste en el uso de vasos de succión de aire sobre zonas y puntos, que pueden ser confeccionados de cerámica, vidrio, madera u otra materia afín[48].
4. Laserpuntura: es la estimulación de los puntos de acupuntura con equipos de láseres especialmente diseñados para este fin[48].

2.8.1.5.2.1.3. Modalidad y técnica

Una sesión de acupuntura regular comprende la inserción de agujas en el cuerpo, de diferentes longitudes y grosores en puntos dolorosos (llamados puntos Ashi)[47]. Además de la estimulación con agujas de estos puntos, se realiza la estimulación de otros puntos según la patología que tenga el paciente[48]. La OMS ha clasificado 409 puntos de estimulación, distinguiéndose además puntos regionales y distales[48].

Durante cada sesión se insertan no más de 12 agujas y se considera imprescindible la obtención del llamado “de qi”, que es una sensación de dolor, adormecimiento y/o pesadez, en el punto de inserción[48].

Las agujas se mantienen durante 20 a 30 minutos, y la inserción, movilización y retiro se hace de acuerdo con la patología subyacente; todo esto en condiciones de asepsia, y con material de uso único y desechable, para garantizar la máxima seguridad al paciente[48].

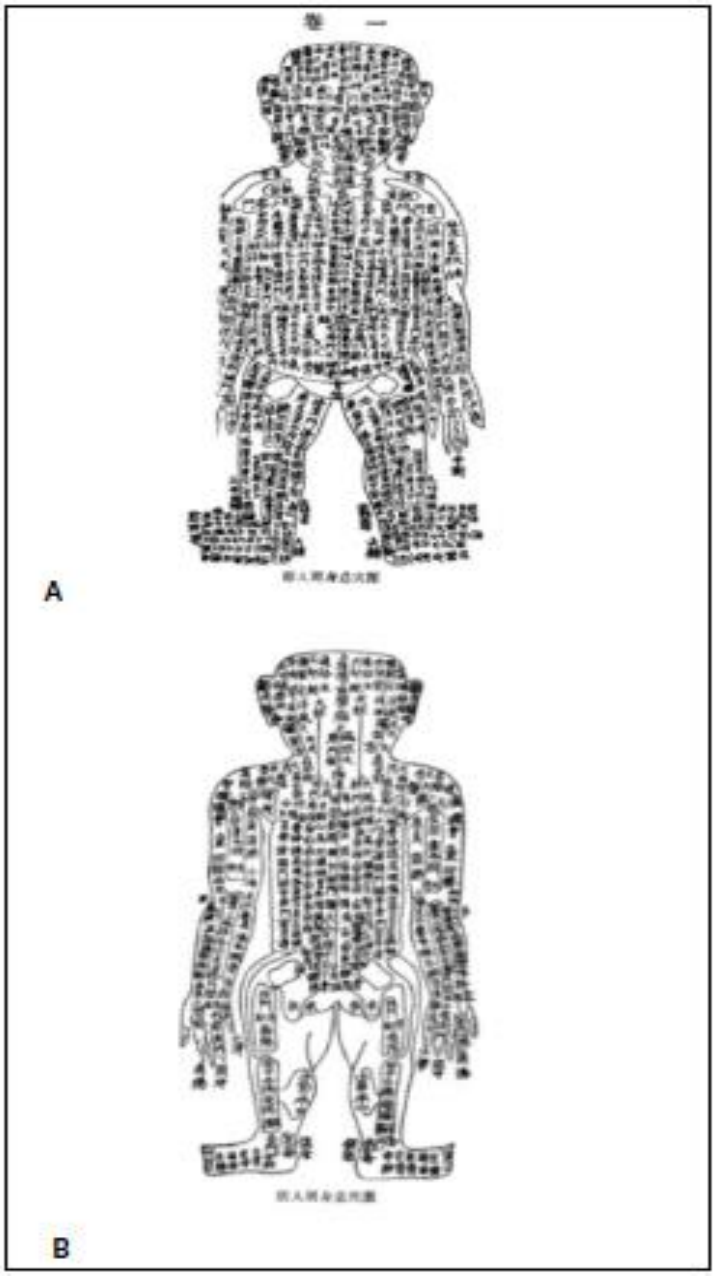
En general, se requieren entre seis y diez sesiones con una frecuencia de una a dos veces por semana, según el cuadro clínico, para lograr una respuesta al tratamiento; entre la tercera y cuarta sesión ya debieran observarse buenos resultados[48]. De no haberlos, se pueden replantear el diagnóstico y los puntos empleados[48].

2.8.1.5.2.1.4. Mecanismos fisiológicos de la analgesia en la acupuntura

El solo hecho de insertar una aguja en algún músculo determina efectos locales, como la liberación de adenosín trifosfato (ATP), del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) y de sustancia P, y efectos regionales como el aumento local del riego sanguíneo y la liberación de endorfinas[48].

También se describen efectos de inhibición segmentaria a nivel medular, los que han sido demostrados en humanos[48]. Esto es similar a lo que ocurre en las técnicas de punción seca sobre puntos gatillo empleados en fisioterapia[48]. Es más, un porcentaje no despreciable de puntos de inserción son compartidos por ambas modalidades de tratamiento[48]. (Ver figura 14).

Figura 14. Puntos de Acupuntura en la Medicina Tradicional China

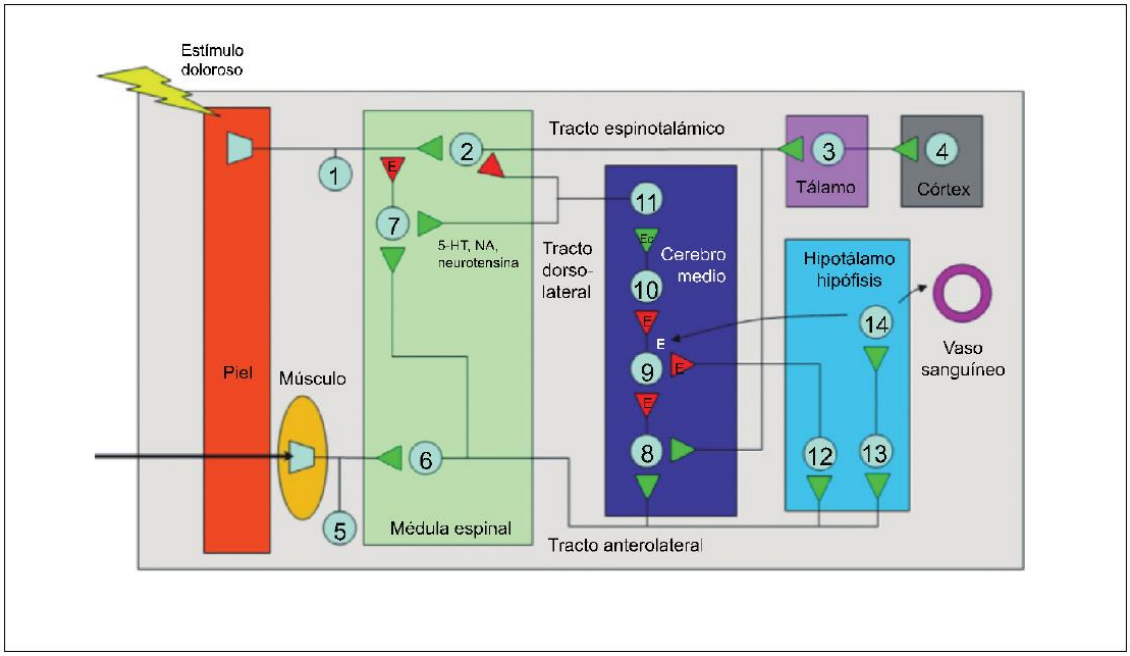


Fuente: Mapa corporal con los puntos de inserción utilizados en la acupuntura. Imagen tomada de la referencia [48].

Sin embargo, la evidencia de estudios en animales de experimentación y en humanos, demuestra que la punción acupuntural tradicional involucra mecanismos complejos en diferentes niveles del sistema nervioso central y periférico, los que difieren de los obtenidos con la acupuntura falsa[48]. De acuerdo con Lewith et al., se demostró un efecto analgésico en

un 40-50% de los sujetos sometidos a acupuntura falsa y una efectividad del 60% en aquellos sometidos a acupuntura verdadera[48]. Los estudios neurofisiológicos en animales y humanos demuestran que la acupuntura aumenta el umbral de dolor por la activación del sistema analgésico endógeno, elevando los niveles de ciertos opioides endógenos y/o neurotransmisores como la serotonina[48]. De hecho, Mayer et al. demostraron que la analgesia acupuntural era antagonizada con el uso de naloxona en humanos, observación ya realizada en modelos animales[48]. Estudios con electroacupuntura indican que la estimulación de baja frecuencia induce la liberación de encefalinas y beta-endorfina, mientras que la estimulación de alta frecuencia libera dinorfinas[48]. (Ver figura 15).

Figura 15. Esquema de los centros nerviosos y sistemas de neurotransmisores implicados en la analgesia acupuntural



Fuente: Monoaminas y centros nerviosos implicados en la analgesia acupuntural. Imagen tomada de la referencia[48].

Otras importantes conclusiones que se han obtenido de estudios neurofisiológicos en acupuntura son las siguientes:

- Las vías nociceptivas aferentes son esenciales para obtener analgesia acupuntural[48].

- El aumento del umbral al dolor inducido por la acupuntura es gradual, con un efecto máximo a los 20-40 minutos, seguido de una caída exponencial con una vida media de aproximadamente 16 minutos, aun cuando se mantenga la estimulación[48].

- La estimulación acupuntural prolongada en el tiempo deriva en tolerancia, que es mediada a través de la liberación del octapéptido colecistoquinina a nivel central[48].

- Estudios inmunocitoquímicos indican que tanto el dolor como la acupuntura activan el eje hipotálamo-hipófisis-adrenocortical[48].

- Mediante el estudio de neuroimágenes (PET, SPECT y RNM funcional) realizadas a voluntarios, se ha establecido que el hipotálamo cumple un rol central en la analgesia brindada por este método; que existe significativa superposición entre las vías del sistema nervioso central del dolor y de la acupuntura, sugiriendo que la estimulación acupuntural podría afectar el procesamiento central del dolor; que la punción superficial y la de la acupuntura tradicional activan dos vías centrales diferentes y, sin embargo, ambas generan analgesia clínica[48].

2.8.1.5.2.1.5. Indicaciones

En el año 1979, la OMS señaló 49 enfermedades en las que se recomendó el uso de acupuntura[48]. En 1996, en una conferencia auspiciada por la OMS (WHO Consultation on Acupuncture, Cervia, Italia) se clasificaron sus indicaciones, según el grado de evidencia existente para cada entidad nosológica[48]. (Ver figura 16).

La Sociedad Alemana de Acupuntura reconoce indicaciones en enfermedades del sistema locomotor, en enfermedades neurológicas, cardiovasculares, gastrointestinales, ginecológicas, respiratorias, de la piel, oftalmológicas y misceláneas[48].

La Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos de América considera su indicación en cuadros de dolor, alergia y asma, en la rehabilitación de accidentes cerebrovasculares y en dependencia a drogas, mientras que el Instituto Nacional de Salud (NIH por sus siglas en inglés) del mismo país indica que la acupuntura se puede usar

ampliamente en náuseas y vómitos asociadas a quimioterapia, dolor dental, cefaleas (migraña, cefalea tensional), dolor lumbar, asma, dolores menstruales, fibromialgia y dolor miofascial[48]. Otras revisiones señalan su efectividad en dolor cervical y osteoartritis de la rodilla[48].

Figura 16. Enfermedades, síntomas o afecciones para las que la acupuntura ha demostrado ser eficaz

TABLA 1. ENFERMEDADES, SÍNTOMAS O AFECCIONES PARA LAS QUE LA ACUPUNTURA SE HA DEMOSTRADO A TRAVÉS DE ENSAYOS CONTROLADOS A SER UN TRATAMIENTO EFICAZ:

-Las reacciones adversas a la radioterapia y / o quimioterapia	-Leucopenia
-Rinitis alérgica (incluyendo la fiebre del heno)	-Lumbalgia
-Cólico biliar	-Mala posición del feto (corrección)
-Depresión (incluyendo neurosis depresiva y depresión después del accidente cerebrovascular)	-Náuseas y vómitos
-Disentería bacilar aguda	-Cervicalgia
-Dismenorrea primaria	-Dolor en odontología (incluyendo dolor dental y la disfunción temporomandibular)
-Epigastralgia aguda (en la úlcera péptica, gastritis aguda y crónica)	-Periartritis del hombro
-Dolor facial (incluyendo trastornos craneomandibulares)	-Dolor Postoperatorio
-Cefalea	-Cólico renal
-Hipertensión Arterial esencial	-Artritis reumatoide
-Hipotensión primaria	-Ciática
-Inducción del trabajo de parto	-Dolor por Esguince
-Dolor de rodilla	-Dolor por trauma

Fuente: Enfermedad o síntomas para las que la acupuntura presenta efectividad de acuerdo con ensayos controlados. Imagen tomada de la referencia [49].

Figura 17. Enfermedad, síntomas o afecciones para las que se ha demostrado el efecto terapéutico de la acupuntura

TABLA 2. ENFERMEDADES, SÍNTOMAS O AFECCIONES PARA LAS QUE SE HA DEMOSTRADO EL EFECTO TERAPÉUTICO DE LA ACUPUNTURA, PERO PARA LOS QUE SE NECESITAN MÁS PRUEBAS:

-Dolor abdominal (en la gastroenteritis aguda o debido a un espasmo gastrointestinal)	-Neurodermatitis
-El acné vulgar	-Obesidad
-La dependencia del alcohol y la desintoxicación	-Dependencia de drogas (Opio, la cocaína y la heroína)
-Parálisis de Bell	-Osteoartritis
-Asma bronquial	-Dolor por examen endoscópico
-Cáncer dolor	-Dolor en tromboangeítis obliterante
-Neurosis cardíaca	-Síndrome de ovario poliquístico (síndrome de Stein-Leventhal)
-Colecistitis crónica con exacerbación aguda	-Post extubación en niños
-Colelitiasis	-Convalecencia postoperatoria
-Síndrome de estrés	-Síndrome premenstrual
-Lesión Craneocerebrales	-Prostatitis crónica
-La diabetes mellitus, no insulino-dependiente	-Prurito
-Epidemia de fiebre hemorrágica	-Síndrome de dolor Radicular y pseudorradicular
-Epistaxis simple (sin enfermedad generalizada o local)	-Síndrome de Raynaud, primario
-Dolor ocular debido a inyección subconjuntival	-Infección del tracto urinario inferior recurrente
-Infertilidad femenina	-Distrofia simpática refleja (Dolor Regional I II)
-Espasmo facial	-Retención de orina, traumática
-Síndrome uretral femenino	-Esquizofrenia
-Fibromialgia y fascitis	-Sialismo inducido por fármacos
-Alteración gastrocinética	-Síndrome de Sjögren
-Artritis gotosa	-Dolor faringeo (incluyendo amigdalitis)
-Hepatitis B virus (estado portador)	-Dolor en la columna (agudo)
-Herpes zoster	-Cuello rígido
-Hiperlipemia	-Disfunción de la articulación temporomandibular
-Hipofuncion ovárica	-Síndrome de Tietze
-Insomnio	-Tabaco
-Dolor del Trabajo	-Síndrome de Tourette
-Lactancia insuficiente	-Colitis ulcerosa crónica
-La disfunción sexual masculina, no orgánica	-Urolitiasis
-Enfermedad de Ménière	-Demencia vascular
-Neuralgia post-herpética	-Tos ferina *(pertussis)*

Fuente: Enfermedades o síntomas en las que se presenta un efecto terapéutico al utilizar acupuntura. Imagen tomada de la referencia [49].

En el caso de dolor no oncológico, las principales indicaciones son[48]:

• Enfermedades musculoesqueléticas.

• Dolor lumbar y de extremidades inferiores.

• Cefaleas.

• Osteoartritis de rodilla.

• Neuralgias.

• Dolor postquirúrgico persistente.

• Otras: dolor asociado a la articulación temporomandibular, náuseas y vómitos (por ejemplo, postquimioterapia o en primer trimestre del embarazo) y fatiga asociada a malignidad[48].

2.8.1.5.2.1.6. Contraindicaciones de la Acupuntura

Por otro lado, existen contraindicaciones para la acupuntura, que pueden ser absolutas o relativas y se relacionan, además, con el tipo de acupuntura realizada.

Figura 18. Contraindicaciones absolutas y relativas para el uso de acupuntura

Absolutas	Relativas
Fobia a las agujas. Cuadro hemorrágico severo. Incapacidad para mantenerse quieto. Sepsis. Paciente no cooperador (alucinaciones por ej.) Celulitis, quemaduras y/o ulceraciones en áreas a puncionar. Electroacupuntura: No aplicar sobre área cardíaca o cerebral. No aplicar en la región en que se encuentre marcapaso o bomba implantable	Embarazo. Puntos sobre pezones, ombligo y vasos mayores. Fontanelas en niños Aplicación en período menstrual (habría menor efecto según algunos autores). Uso de corticoides, benzodiazepinas o narcóticos la hacen menos efectiva. Anticoagulantes en dosis de profilaxis

Fuente: imagen tomada de la referencia[48].

2.8.1.5.3. Homeopatía

La homeopatía es un sistema de prácticas médicas, basado en la teoría de que cualquier sustancia que pueda producir síntomas de enfermedad en una persona sana puede curar esos síntomas en una persona enferma[41]. Por ejemplo, a alguien con insomnio se le puede dar una dosis homeopática de café[41].

La medicina homeopática se basa en la creencia de que lo semejante cura a lo semejante; dosis mínimas de sustancias animales, vegetales y minerales muy diluidas pueden curar síntomas causados por concentraciones más altas de esa sustancia en una persona sana[39]. Se cree que estas dosis mínimas estimulan los mecanismos defensivos del cuerpo para combatir la enfermedad[39]. Estas sustancias naturales no son tóxicas ni adictivas, y no tienen efectos

secundarios conocidos[39]. Los medicamentos homeopáticos están regulados por leyes federales, y la mayoría se vende sin receta[39].

Administrados en forma diluida, los remedios homeopáticos se derivan de muchas fuentes naturales, incluyendo plantas, metales y minerales[41].

2.8.1.5.4. Naturopatía

La naturopatía es un sistema médico alternativo; la medicina naturista propone que hay un poder curativo en el cuerpo que establece, mantiene y restaura la salud[41]. Los profesionales trabajan con los pacientes hacia el objetivo de apoyar este poder mediante el uso de asesoramiento sobre nutrición y estilo de vida, suplementos dietéticos, plantas medicinales, ejercicio, homeopatía y tratamientos de medicina tradicional china[41].

La naturopatía se basa en el concepto de curación natural utilizando solo tratamientos naturales, suaves y no tóxicos, con el fin de que el cuerpo se cure solo[39]. Algunos de los procesos naturópatas incluyen modificaciones de la dieta, suplementos herbales y minerales, ejercicio físico, masaje y acupuntura[39].

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque

Existen clasificaciones sobre la metodología de enfoques existentes, en los cuales se encuentran el cualitativo, el cuantitativo y el mixto; cada uno presenta diversas características, donde se emplean distintas metodologías de recolección de datos e información. De este modo, se logran abordar diferentes puntos de vista investigativos que ayudan a enfocar la información para darle paso a la generación de hipótesis, análisis estadísticos y mediciones numéricas, o ya sea una combinación de ambos[50].

La presente investigación se basa en un enfoque cualitativo, ya que representa un conjunto de procesos de recolección y análisis de datos descriptivos, que son luego analizados y discutidos de manera compleja para realizar un correcto desenlace de toda la información recabada. El enfoque cualitativo permite explorar, describir y conocer con amplitud y profundidad percepciones, emociones, sentimientos, experiencias, enfoques y puntos de vista de personas, desde la perspectiva de los propios participantes o sujetos investigados, en su ambiente natural y de manera más abierta[50]. En otras palabras, este tipo de enfoque investigativo permite obtener una imagen más completa y directa sobre el manejo del dolor en el paciente oncológico y las terapias complementarias que se han implementado para manejar este síntoma, y a su vez analizar cuál es el manejo adecuado del dolor en estos pacientes, para así entender el problema de una forma más globalizada[50].

3.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea, con el fin de responder al planteamiento del problema. Por su parte, el diseño a elegir se encuentra condicionado por el enfoque seleccionado, el problema a investigar, el contexto que rodea a la investigación, los alcances y, sobre todo, a la hipótesis formulada[50].

Existen dos tipos de investigación: la experimental, la cual se refiere a elegir o realizar una acción y observar las consecuencias; y la no experimental, que observa y analiza los fenómenos tal como se dan en su contexto natural. Por lo tanto, en la presente investigación

el diseño que más se apega es el no experimental, porque se observan situaciones ya existentes, datos recolectados por investigadores, a quienes no se pudo influir o manipular[50].

De esta manera, cabe destacar que las investigaciones no experimentales se subdividen, a su vez, en transeccionales y longitudinales; la primera se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, o bien en cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto en el tiempo, y en la segunda se recaban datos en diferentes puntos del tiempo, para realizar inferencias acerca de la evolución del problema de investigación o fenómeno, sus causas y sus efectos[50].

En la presente investigación se efectuará una revisión bibliográfica, la cual consiste en investigar, analizar y describir las experiencias de los investigadores con respecto a los problemas planteados.

Se incluyen artículos que cumplen los siguientes requisitos: artículos acerca del uso de terapias complementarias en el manejo del dolor oncológico, que se hayan elaborado a nivel nacional e internacional, redactados en español o inglés.

3.3. Fuentes de Información

En esta investigación, se analizarán artículos científicos que se hayan publicado, y que estén disponibles en la biblioteca nacional del BINASSS, la biblioteca de la Universidad de Costa Rica, la biblioteca de la Universidad Internacional de las Américas, donde se tiene acceso a diferentes bases de datos, como Dialnet, Google Académico, Pubmed, Ebsco, Journal, SciELO, Elsevier, todo esto para un total de 26 artículos. Se excluyen aquellos artículos publicados antes del año 2017 y los que no estén en los idiomas citados.

3.4. Población y muestra

Para la presente investigación, se tomarán en cuenta pacientes oncológicos adultos en etapa avanzada, que hayan utilizado terapias complementarias para el manejo del dolor.

3.5. Criterios de búsqueda de la información

En la tabla 1 se observan los criterios de búsqueda utilizados, tales como motores de búsqueda, período de estudio e idioma, de acuerdo con cada objetivo del estudio.

Tabla 1. Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Período de estudio	Idioma
Describir aspectos generales y los alcances de la medicina paliativa, el abordaje médico y farmacológico actual implementado en el manejo del dolor de pacientes oncológicos.	Dolor oncológico	Google Académico SciELO PubMed Redalyc Elsevier	2017-2022	Español/ inglés
	Medicina Paliativa en el manejo del dolor oncológico	Google Académico SciELO PubMed Redalyc Elsevier	2017-2022	Español/ inglés
	Manejo farmacológico en el dolor oncológico	Google Académico SciELO PubMed Redalyc	2017-2022	Español/ inglés
Identificar algunas de las principales terapias complementarias implementadas actualmente en el ámbito de los cuidados paliativos, y sus aportes al manejo del dolor y calidad de vida del paciente oncológico.	Terapias complementa-rias en cuidados paliativos	Google Académico SciELO PubMed Redalyc	2017-2022	Español/ inglés
	Terapias complemen-tarias y manejo del dolor oncológico	Google Académico SciELO PubMed Redalyc	2017-2022	Español/ inglés

Fuente: elaboración propia, 2022.

3.6. Criterios de Inclusión

3.7. Criterios de Exclusión

En la tabla 2 se mencionan los criterios de inclusión y exclusión utilizados para seleccionar los artículos.

Tabla 2. Criterios de exclusión e inclusión para la selección de artículos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos sobre dolor oncológico	Artículos sobre el manejo del dolor crónico no oncológico
Artículos sobre manejo del dolor oncológico en medicina paliativa	Artículos sobre manejo del dolor en paciente pediátrico
Artículos sobre manejo farmacológico en el dolor oncológico	Artículos sobre terapias alternativas en el manejo del dolor oncológico
Artículos sobre terapias complementarias en cuidados paliativos	Artículos sobre manejo de síntomas de la quimioterapia en pacientes oncológicos
Artículos sobre terapias complementarias en el manejo del dolor oncológico	Artículos sobre el uso de las terapias complementarias en la ansiedad

Fuente: elaboración propia, 2022.

3.8. Clasificación de la información según nivel de evidencia

Los artículos utilizados en el estudio fueron clasificados de acuerdo con el nivel de evidencia de Sackett. Esta jerarquización permitió clasificar los artículos en cinco niveles, siendo el nivel 1 la "mejor evidencia" y el nivel 5 la "peor, la más mala o la menos buena", según como se quiere leer[51].

De acuerdo con Sackett, las recomendaciones se generan con base con estos cinco niveles de evidencia[51]. De este modo, estudios de nivel 1 conllevan a un grado de recomendación A: resultados apoyados por estudios; nivel 2: reciben un grado de recomendación B, y las recomendaciones -C- se asignan a los resultados apoyados por

estudios de nivel 3, 4 o 5. Así, el nivel indica el grado de certeza, generado por la fuerza de la evidencia[51]. Con base en lo anterior, en el grado A las conclusiones se generan a partir de la evidencia más fuerte de la investigación y, por tanto, son los más definitivos; en el grado B: las conclusiones se basan en pruebas más débiles y solo son orientativas; y en el grado C: las conclusiones se basan en pruebas débiles, por lo que son las menos fiables[51].

Entre la información recopilada hay 26 artículos, todos relacionados con el manejo del dolor oncológico y las terapias complementarias utilizadas para el manejo del dolor en estos pacientes.

En el anexo 1, se detallan los artículos que fueron revisados para dar sustento al estudio; se especifican el título, el autor, la revista y el año en que fue publicado, y en la tabla 3, se observa la cantidad de artículos utilizados según tipo de estudio y nivel de evidencia.

Tabla 3. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia

Nivel de evidencia	**Tipo de estudio**	**Cantidad según tipo de estudio**	**Cantidad según nivel de evidencia**	**%**
1	Metaanálisis	1	9	34.61%
	Revisión sistemática y metaanálisis	8		
2	Ensayo piloto aleatorizado controlado	4	6	23.07%
	Estudio de cohorte	2		
3	Revisión sistemática de estudios controlados aleatorizados	4	5	19.23%
	Estudio de casos y controles individuales	1		

4	Estudio transversal	2	2	7.69%
5	Revisión bibliográfica	4	4	15.38%
Total……		**26**	**26**	**100%**

Fuentes: Elaboración propia, 2022.

3.9. Variables de la Investigación

Tabla 4. Operacionalización de variables

Objetivo	Variable	Concepto	Indicador	Instrumento
Describir aspectos generales y los alcances de la medicina paliativa, el abordaje médico y farmacológico actual implementado en el manejo del dolor de pacientes oncológicos.	Dolor oncológico	Experiencia sensorial y emocional asociada o no a la lesión tisular[4]	Tipos de dolor	Revisión bibliográfica
	Medicina paliativa	Cuidado holístico activo de personas con un sufrimiento grave relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave, y especialmente de aquellos que se acercan al final de la vida[36]	Abordaje	Revisión bibliográfica
	Manejo farmacológico en el dolor oncológico	El tratamiento farmacológico en el dolor oncológico se basa en el uso de fármacos opioides según la intensidad del dolor[21]	Tratamiento implementado	Revisión bibliográfica
Identificar algunas de las principales terapias	Terapias complementa-rias en cuidados paliativos	Son aquellas terapias que se utilizan conjuntamente con la medicina convencional[37]	Tipos de terapias complementarias	Revisión bibliográfica

complementarias implementadas actualmente en el ámbito de los cuidados paliativos, y sus aportes al manejo del dolor y calidad de vida del paciente oncológico.	Calidad de vida	Es la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien"[52]	Mejoría	Revisión bibliográfica

Fuente: elaboración propia, 2022.

3.10. Descripción del procedimiento de recolección y análisis de datos

Al iniciar la recolección de los datos, se toman en cuenta las variables elegidas, como lo son pacientes oncológicos adultos en etapa avanzada. En la búsqueda de información, se obtuvieron 37 artículos, entre los años 2017 y 2022, en los idiomas inglés y español. Sin embargo, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión mediante revisión del título y abstracto, se redujo el número de artículos a 26. Se excluyeron aquellos que no cumplían con el objetivo del tema, al ser artículos que abordaban otro tipo de población y patologías que no se relacionan con pacientes oncológicos.

Con los artículos seleccionados se realiza un análisis para poder darle respuesta a la pregunta planteada, haciendo una descripción del abordaje actual de los pacientes con cáncer en el ámbito de la medicina paliativa y, a su vez, el manejo farmacológico empleado para el dolor en estos pacientes. A su vez, se analiza el uso y posible beneficio de las terapias complementarias como una manera coadyuvante al tratamiento farmacológico con el fin de abordar el dolor, que es uno de los síntomas que más aquejan a los pacientes con cáncer. Lo

anterior es para que los interesados en leer la investigación puedan saber cuál es el manejo óptimo e integral en estos pacientes.

Con el primer objetivo se busca describir los aspectos generales y los alcances actuales de la medicina paliativa y, a su vez, el abordaje médico y farmacológico para el manejo del dolor en los pacientes oncológicos.

En el segundo objetivo se pretende identificar algunas de las terapias complementarias implementadas en el ámbito de los cuidados paliativos, y los aportes en la sintomatología del dolor y la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Para el tercer objetivo se tiene como fin proponer una guía de apoyo que vaya dirigida a las personas cuidadoras de los pacientes oncológicos en etapa avanzada, y que esto genere los insumos terapéuticos complementarios para manejar el dolor. Estas terapias complementarias ayudarían a los pacientes y sus cuidadores a mejorar su calidad de vida. Con respecto a este objetivo, cabe mencionar que no se encontraron artículos científicos donde se emplearan o se aplicaran guías de apoyo, en las cuales se utilizaran terapias complementarias; de ahí la necesidad de generar una guía que proponga el uso de estas terapias y, de esa manera, mejorar la calidad de vida de esos pacientes.

3.11. Descripción de instrumentos y técnicas

Se ha realizado una búsqueda de artículos en las diferentes bases de datos, utilizando las estrategias de búsqueda que se muestran en la tabla 1. Tras aplicar los filtros deseados, se consiguió una determinada cantidad de artículos, se leyó el título y posteriormente el resumen, eliminando los que no cumplían los criterios de inclusión y exclusión citados.

Según Hernández et al.: “Por otro lado, en la indagación cualitativa los instrumentos no son estandarizados, sino que se trabaja con múltiples fuentes de datos, que pueden ser entrevistas, observaciones directas, documentos, material audiovisual, etc.”[50]. En la presente investigación se utilizará como instrumento la revisión bibliográfica, donde se analizan variables que ya se han comentado con anterioridad.

Se utilizarán referencias bibliografías con la normativa Vancouver, según la Guía para el formato de citación y estructura para trabajos de investigación, de la Universidad Internacional de Las Américas (UIA) del 2022.

CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo, se mostrarán los resultados de los 26 artículos utilizados para esta investigación, divididos según el objetivo correspondiente. Se detallará sobre los alcances de la medicina paliativa y su eficacia para el manejo del dolor en los pacientes oncológicos. A su vez, se analizarán algunas de las principales terapias complementarias implementadas actualmente en el ámbito de los cuidados paliativos, y sus aportes al manejo del dolor y calidad de vida del paciente oncológico, de acuerdo con artículos científicos clasificados según su nivel de evidencia. (Ver anexo 1).

4.1. Describir aspectos generales y los alcances de la medicina paliativa, el abordaje médico y farmacológico actual implementado en el manejo del dolor de pacientes oncológicos

El dolor es de intensidad moderada o severa en más de la mitad de los pacientes con cáncer avanzado, y es subtratado en alrededor de un tercio de los casos[53]. El dolor mal controlado es la causa más común de que los pacientes con cáncer en la comunidad se comuniquen con los servicios de atención primaria fuera del horario de atención, y es uno de los motivos más frecuentes de su hospitalización[53]. Aunque el hogar es el lugar preferido de atención y muerte para muchos pacientes, las encuestas nacionales muestran que aquí es donde el control del dolor es más deficiente[53]. Sin embargo, acceder a cuidados paliativos especializados mejora el manejo del dolor para los pacientes que viven en casa. No existen guías estandarizadas para el manejo del dolor en pacientes con cáncer avanzado, y no todas las recomendaciones de las guías están basadas en evidencia[53].

De acuerdo con Chapman et al.[53], después de una evaluación exhaustiva del paciente, un opioide potente sigue siendo el fármaco de elección para tratar el dolor moderado o intenso en pacientes con cáncer avanzado. El tratamiento con bisfosfonatos, radioterapia o ambos para el dolor óseo es eficaz[53]. Además, es de gran importancia considerar que el manejo óptimo requiere un enfoque personalizado, apoyo para el autocontrol y revisión regular de los resultados del tratamiento. Las intervenciones comúnmente recomendadas por las guías internacionales no siempre están respaldadas por una sólida base de evidencia[53], como por ejemplo en el caso del paracetamol oral, que no debe usarse en pacientes que ya toman un

opioide fuerte para controlar el dolor moderado o intenso[53]. También no se recomiendan los medicamentos a base de cannabis, debido a la evidencia de falta de efecto[53]. La investigación futura debe centrarse en definir la eficacia de los antiinflamatorios no esteroideos, los antidepresivos, los anticonvulsivos, los corticosteroides y la función probable de los enfoques no farmacológicos en el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer avanzado[53].

En su estudio a Chapman et al.[53] concluyeron que se necesitan datos para respaldar la selección adecuada de pacientes que podrían beneficiarse de los enfoques de tercera línea, como la lidocaína y la ketamina.

Cortijo et al.[54] realizaron un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo en Veracruz, México a un total de 717 personas, quienes eran pacientes que acudieron a una primera y a una segunda visita a cuidados paliativos. A estos pacientes se les evaluó la percepción del dolor asociado a los síntomas del cáncer[54]. De ese total de 717 pacientes, se determinó que los síntomas con valores promedios más altos fueron: el dolor, la depresión, el cansancio, la ansiedad y a la inversa el bienestar emocional[54]. Respecto a los síntomas adicionales, se estableció que los problemas bucales y el estreñimiento aquejan a los pacientes en esta etapa[54].

En la segunda visita, los resultados presentaron una reducción en los valores promedio reportados en los diferentes síntomas, con respecto a la primera visita, con excepción de los correspondientes a bienestar y alucinaciones[54]. Además, se determinó una asociación estadística significativa entre la reducción del dolor y la reducción de cansancio, insomnio, depresión, náuseas, vómito, pérdida de apetito (es decir, hubo un aumento en el apetito)[54].

Debido a la frecuencia elevada de dolor en el grupo analizado, se examinó este síntoma de manera independiente. Inicialmente, se determinó que en los pacientes que acudieron posteriormente a una segunda visita, se registró el consumo de medicamentos de los 424 pacientes atendidos[54]. Se muestra que el principal tratamiento corresponde a medicamentos opioides, presentes en el 78% de los participantes. De estos, el 8% consume exclusivamente este tipo de medicamentos, mientras que el 70% restante complementa su tratamiento con

adyuvantes[54]. El 10% de los pacientes consume exclusivamente medicamentos adyuvantes, y el 11% de los pacientes reportó no consumir medicamentos asociados al tratamiento del dolor. Al observar las proporciones en la percepción de reducción del dolor entre la primera y segunda visitas, se reporta que en el 61% de los participantes que consumen opioides más adyuvantes se presentó una reducción del dolor, contrastando con el 25% de los pacientes que no toman medicamentos[54].

Esto quiere decir que en la investigación efectuada por Cortijo et al.[54], tras la primera intervención de los cuidados paliativos, se observó una disminución del dolor estadísticamente significativa. Estos hallazgos están relacionados por una parte con el consumo de opioides y adyuvantes; sin embargo, se encontró que solamente dos de cada tres pacientes recibían este tipo de tratamiento, por lo que otros factores, además del farmacológico, pueden estar implicados[54].

No obstante, en ninguno de los estudios antes mencionados se asocia el efecto de la disminución del dolor con los demás síntomas, lo cual podría sugerir una influencia positiva en las valoraciones del resto de las variables[54]. Debido a los resultados antes mencionados, al calcular las proporciones en el consumo de opioides y adyuvantes respecto a la disminución de dolor, se observó que dos de cada tres pacientes que recibieron este tratamiento, reportaron una disminución en la percepción el dolor entre la primera y segunda visitas a cuidados paliativos, y una proporción significativamente menor fue para aquellos que no recibieron este, donde la reducción del dolor está presente en uno de cada tres pacientes[54].

Si bien es cierto que el consumo de opioides y adyuvantes disminuye el dolor, existen pocos trabajos donde se explique la razón de la mejoría sintomatológica en aquellos pacientes que no consumen fármacos para el dolor, como lo que se observó en esta investigación[54]. Por otro lado, se debe considerar la influencia del apoyo social en la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Como se observó en este estudio, casi el 100% de ellos cuentan con un cuidador principal, y la mayoría pertenece al núcleo familiar, donde, al igual que en otras investigaciones, las hijas o hijos y cónyuges son quienes asumen este rol[54]. En este tipo de

pacientes la familia es quien funge como la mayor proveedora de apoyo, por lo que juega un papel determinante en su estado de ánimo. El contar con una red de apoyo familiar y social adecuada influye en la aceptación de la enfermedad, así como en la adherencia al tratamiento[54].

En otro estudio efectuado por Haun et al.[55], se incluyeron siete ensayos controlados aleatorizados con una muestra de 1 614 participantes, en los cuales cuatro estudios evaluaron intervenciones administradas por equipos de cuidados paliativos especializados, y los estudios restantes evaluaron modelos de atención coordinada[55]. En comparación con la atención oncológica habitual/estándar sola, los cuidados paliativos tempranos mejoraron significativamente la calidad de vida[55].

El objetivo principal de esta revisión sistemática, efectuada por Haun et al.[55], fue examinar el impacto de las consultas ambulatorias sobre manejo del dolor en pacientes oncológicos adultos[55]. Al considerar los resultados generales, es importante tener consciencia del hecho de que el dolor y otras angustias o síntomas a menudo empeoran naturalmente a medida que avanza la enfermedad[55]. Tras el análisis, los pacientes indicaron una reducción general del dolor después de consulta externa, que no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, a pesar de la significación estadística, cualquier reducción en el dolor u otros síntomas angustiantes, a medida que avanza la enfermedad, es clínicamente significativo e importante para los pacientes[55]. Por el contrario, Porta-Sales et al.[55] encontraron mejoras estadísticamente significativas en el dolor, tanto en la primera consulta como en la segunda.

Por ejemplo, mientras que el 45% de los pacientes lograron una reducción del 30% en la puntuación de dolor en general, el 70% de aquellos con el dolor de moderado a intenso al inicio aún informó un control deficiente del dolor a la consulta de seguimiento[55]. Dados los resultados mixtos identificados, con algunos estudios que informan mejorías estadísticamente significativas en el dolor y otros no, es razonable preguntarse qué es lo que realmente tiene un paciente ambulatorio que puede o no tener un impacto positivo en el dolor u otro síntoma. Esta es ciertamente una pregunta que merece más investigación en el futuro[55].

4.2. Identificar algunas de las principales terapias complementarias implementadas actualmente en el ámbito de los cuidados paliativos, y sus aportes al manejo del dolor y calidad de vida del paciente oncológico

La mayoría de los pacientes con cáncer experimentan algún nivel de dolor, por lo que el manejo de este es un tema importante para la oncología. La medida farmacológica tradicionalmente es la intervención principal para el manejo del dolor; sin embargo, muchos pacientes están recurriendo a un enfoque integrador de terapias occidentales y complementarias para el dolor y manejo de síntomas. Existe evidencia sobre la efectividad de las terapias complementarias.

Según Lee et al.[56], en una búsqueda de revisiones sistemáticas y metaanálisis, se encontró un total de 104 estudios relacionados con el uso de las terapias complementarias en el cáncer.

La mayoría de los ensayos clínicos individuales incluidos se realizaron en China (48%) y Estados Unidos de América (26,9%)[56]. El tipo de cáncer más estudiado fue el cáncer de mama (25%), y la acupuntura fue la intervención más estudiada (21%)[56]. A su vez, se evidencio, en varios estudios, que los efectos secundarios del cáncer, como el dolor, la depresión y la fatiga, se manejaron de manera efectiva con terapias complementarias[56]. Con este estudio se llegó a la conclusión de que, debido al creciente interés por la investigación, las terapias complementarias se consideran beneficiosas para reducir los efectos secundarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Las terapias complementarias se han estudiado para todos los tipos de cáncer, siendo la acupuntura la más investigada, independientemente del tipo de cáncer[56].

Dentro de las terapias complementarias que se han empleado en el manejo del dolor en los pacientes oncológicos, se pueden mencionar las terapias mente-cuerpo y las terapias de manipulación del cuerpo. Según Lopes et al.[57], en una revisión sistemática y metaanálisis que realizaron, de los 815 estudios identificados se seleccionaron y analizaron seis de ellos, donde tres de ellos usaron terapia de masaje, un estudio usó una combinación de relajación

muscular progresiva e imágenes guiadas, y otros dos estudios utilizaron acupuntura[57]. La evidencia de los estudios que evalúan el uso de la terapia del masaje o el uso de la relajación muscular progresiva y guiado por imágenes para el tratamiento del dolor oncológico en estos pacientes, demostró beneficios significativos; los otros dos estudios que evaluaron el uso de la acupuntura como terapia complementaria mostraron resultados contradictorios. Por lo tanto, se necesitan más estudios de investigación para dilucidar tales hallazgos[57].

En un estudio de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados (ECA) realizado por Giannitrapani et al.[58], se sintetizo la fuerza de la evidencia de cuatro tipos de terapias complementarias sobre el dolor, específicamente la acupuntura, el masaje terapéutico, las técnicas de atención plena y el tai chi. Se analizaron más de 2 000 ECA, lo que dificulto entender qué tipo de terapia complementaria podría ser efectiva para qué tipo de dolor[58]. Para poder sintetizar la gran cantidad de literatura, se creó un mapa de evidencia, o una presentación visual, del tamaño de la literatura y estimaciones amplias de la efectividad para el dolor[58].

De acuerdo con esto, como resultados se determinó que hubo una mayor evidencia a favor de la acupuntura y esta, a su vez, era mayor para el dolor de cabeza y el dolor crónico[58]. La atención plena, el masaje y el tai chi tienen efectos positivos estadísticamente significativos en algunos tipos de dolor. Sin embargo, no se pueden sacar conclusiones para muchos tipos de dolor, debido a las limitaciones metodológicas o a la falta de ECA[58]. Existe evidencia suficiente para el uso de la acupuntura para varios tipos de dolor. Estudios individuales indican que el tai chi, la atención plena y el masaje pueden ser prometedores para múltiples tipos de dolor crónico[58].

Según Rhee et al.[59], en un estudio transversal en pacientes con cáncer que utilizaron terapias complementarias, se obtuvo que el 35,1% de los adultos con cáncer informaron haber usado alguna forma de terapia complementaria en los últimos 12 meses[59]. Entre los usuarios de las terapias complementarias, el 56,0% usó alguna terapia tanto para el tratamiento como para el bienestar, y el 32,4% usó terapias complementarias solo para el bienestar[59]. Únicamente el 11,6% usó terapias complementarias solo para el tratamiento[59].

Independientemente del motivo del uso, los tipos de terapias complementarias más utilizadas en el último año según este fueron: terapias a base de hierbas (56,8%), quiropráctica (27,1%) y masajes (24,9%)[59]. Entre los usuarios, aquellos que usaban terapias complementarias solo para el bienestar y para una combinación de tratamiento y bienestar, informaron probabilidades significativamente más altas de "una mejor sensación de control de la salud" y "mejor salud general y sentirse mejor", en comparación con los usuarios de tratamiento solo[59]. Esto ayuda a confirmar que la efectividad de estas terapias se debe al uso complementario con el tratamiento farmacológico y médico.

4.2.1. Acupuntura

El dolor es un síntoma común en los pacientes con cáncer. La acupuntura es un tratamiento sugerido para una amplia gama de condiciones clínicas, al ser una de las terapias complementarias más estudiadas, donde diversos estudios con varios niveles de evidencia han demostrado sus efectos beneficiosos sobre el control del dolor.

Según Lam et al.[60], en un ensayo piloto controlado aleatorio simple ciego, donde se aplicó la acupuntura a 42 pacientes con dolor oncológico de moderado a intenso, quienes fueron asignados al azar a diferentes sesiones de tratamiento, los resultados primarios indicaron que la acupuntura era efectiva para aliviar el dolor en el cáncer[60]. También, en el estudio se indica que la acupuntura puede ser beneficiosa en el control del dolor en pacientes con cáncer avanzado[60]. Además, se ha encontrado que la acupuntura para el dolor del cáncer es factible y manejable. Los puntos de acupuntura de uso común están garantizados para confirmar su eficacia del tratamiento[60].

Aunque no hay conclusiones firmes, se puede extraer, de un estudio tan poco potente, una tendencia hacia una mejora en las puntuaciones del dolor en pacientes con cáncer. Sin embargo, el tamaño de la muestra era pequeño y se justifica un futuro estudio multicéntrico con un tamaño de muestra más grande, que ayude a analizar mejor el posible efecto beneficioso de la acupuntura en el manejo del dolor[60].

En un metaanálisis efectuado por Dong et al.[61], donde se evaluó la efectividad de la microacupuntura aplicada en muñeca-tobillo, en un total de 13 estudios con 1 005 pacientes con cáncer, los resultados demostraron que la tasa de alivio del dolor del grupo experimental (Acupuntura muñeca-tobillo + fármaco intervención) fue mejor que la del grupo de control (intervención de fármacos analgésicos)[61]. Estos resultados reafirman la efectividad que presentan este tipo de terapias, en combinación con el tratamiento analgésico de base.

La acupuntura ha sido identificada como una posible terapia adyuvante para los síntomas y tratamiento del dolor oncológico, pero actualmente ninguna revisión sistemática se ha centrado únicamente en la evidencia de la acupuntura en el dolor del cáncer en cuidados paliativos[62].

Según Yang et al.[62], en una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios, que involucran la acupuntura en cuidados paliativos para el tratamiento del dolor relacionado con el cáncer, se encontró un efecto favorable de la acupuntura en el alivio del dolor[62]. La acupuntura puede ser eficaz y un tratamiento seguro, pero es importante que se encuentren más estudios con alta calidad y mejor nivel de evidencia en el futuro[62].

La acupresión es otro tipo de técnica similar a la acupuntura donde no se utilizan agujas. De acuerdo con He et al.[63], en una revisión sistemática y metaanálisis, se tenía como objetivo evaluar la evidencia de la asociación de la acupuntura y la acupresión en la reducción del dolor oncológico. De un total de 17 ECA (con 1 111 pacientes) en la revisión sistemática, y un total de 14 ECA (con 920 pacientes) en el metaanálisis, se obtuvo como resultado que de los ECA (35%) debido a su alta calidad, se consideró que tenían un bajo riesgo de sesgo para todos sus dominios, y mostró que la acupuntura real (en comparación con la acupresión) se asoció con reducción de la intensidad del dolor[63]. También se observó una asociación favorable cuando la acupuntura y la acupresión fueron combinadas con la terapia analgésica en 6 ECA para reducir la intensidad del dolor, y en 2 ECA para reducir la dosis de opioides[63].

El grado de evidencia fue moderado, debido a la heterogeneidad sustancial entre los estudios. Este hallazgo sugiere que se necesitan ensayos más rigurosos para identificar la

asociación de acupuntura y acupresión con tipos específicos de dolor por cáncer e integrar dicha evidencia en la práctica clínica[63].

En una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados, realizados por Mai et al.[64], donde se tenía como objetivo ver los efectos de la acupresión en el manejo del dolor oncológico, se obtuvo como resultado que el grupo de pacientes, a quienes se les aplicó la acupresión, tuvo buenos resultados en la tasa de remisión del dolor, intensidad, calidad de vida y satisfacción del paciente junto con la analgesia, en comparación con un grupo de control que solo utilizó la acupresión como terapia para el manejo del dolor[64]. Dos estudios mencionaron que la acupresión como tratamiento adyuvante podría reducir la dosis de analgésicos. Ningún estudio midió las reacciones adversas. Los resultados de este estudio ilustran que la combinación de acupresión (incluida la acupresión auricular) y la terapia analgésica es más efectiva que la terapia analgésica sola en la tasa de remisión del dolor[64].

Además de la tasa de remisión del dolor, la combinación de acupresión (incluida la acupuntura auricular) y la terapia analgésica también mejoraron la intensidad del dolor, calidad de vida, satisfacción del paciente con la analgesia y calidad de sueño[64]. Además, el estudio se centró en el efecto de la acupresión en la reducción de fármacos analgésicos en pacientes con dolor oncológico[64]. Los resultados del análisis de subgrupos, para diferentes especies de cáncer, ilustraron que la acupresión proporcionó una tasa significativa de remisión del dolor en el cáncer gastrointestinal y cáncer de pulmón con heterogeneidad reducida entre los estudios[64]. No obstante, la heterogeneidad fue aún mayor para los tipos mixtos de cáncer, que puede estar relacionada con las diferencias en la ubicación del dolor y la naturaleza del dolor de los diferentes tipos de cáncer[64].

Los resultados de esta revisión sistemática y metaanálisis sugieren que, con base en niveles de evidencia muy bajos a moderados, la acupresión combinada con el cuidado estándar puede estar asociada con una menor intensidad del dolor, mejora de la supervivencia del paciente, mejora de la satisfacción del paciente, mejora de la calidad del sueño y reducción del uso de medicamentos analgésicos. Sin embargo, aún se necesita el diseño y la generación de ensayos controlados con placebo[64].

4.2.2. Masaje

Se ha propuesto la terapia de masaje para afecciones dolorosas, pero puede ser difícil comprender la amplitud y profundidad de la evidencia, ya que varias afecciones dolorosas pueden responder de manera diferente al masaje. Por esta razón, Miake et al.[65] llevaron a cabo una revisión sistemática, donde informaran los resultados del dolor para la terapia de masaje[65]. En total identificaron 49 revisiones sistemáticas, de las cuales 32 se consideraron de alta calidad[65]. Los tipos de dolor que se incluyeron con frecuencia en las revisiones sistemáticas fueron el dolor por cáncer, el dolor lumbar y el dolor de cuello. Las revisiones de alta calidad concluyeron que había poca evidencia de los beneficios potenciales del masaje para el trabajo de parto, el hombro, el cuello, la parte baja de la espalda, el cáncer, la artritis, el dolor muscular posoperatorio de aparición tardía y el dolor musculoesquelético[65].

Los atributos informados de las intervenciones de masaje incluyen el estilo del masaje, el proveedor, las cointervenciones, la duración y los comparadores, con 14 revisiones de alta calidad que informan todos estos atributos en su revisión[65]. Como conclusión, Miake et al.[65] determinan que la revisión tiene baja solidez de evidencia, porque se realizaron pocos estudios primarios de muestras grandes con métodos rigurosos, lo que deja lagunas en la evidencia sobre el tipo de masaje específico para el dolor específico[65]. Los estudios primarios a menudo no brindan detalles adecuados de la terapia de masaje proporcionada, lo que limita la medida en que las revisiones pueden sacar conclusiones sobre características como el tipo de proveedor[65].

Según Calcagni et al.[66], en una revisión sistemática de estudios controlados aleatorizados, cuyo objetivo era evaluar los beneficios de las prácticas manipulativas y basadas en el cuerpo en oncología, de 1 624 artículos recuperados se incluyeron 41 artículos: masaje (24), reflexología (11), acupresión (6). En general, 25 estudios mostraron efectos positivos y significativos en los resultados de los síntomas (frente a 9 que no lo hicieron), especialmente dolor y fatiga[66]. Se encontraron resultados mixtos para calidad de vida (8 artículos que encontraron un efecto significativo frente a 10 que no) y un mejor estado de ánimo (14 artículos versus 13)[66]. Estos resultados parecen indicar que las terapias de

manipulación del cuerpo pueden ser efectivas en el manejo de los síntomas en cáncer; sin embargo, se necesitan metodologías más sólidas[66].

4.2.3. Toque terapéutico y Masaje

Según Gentile et al.[67], en un estudio observacional, retrospectivo, comparativo, hecho a un subgrupo de paciente con cáncer de mama, se realizó un análisis, donde se comparó la efectividad del toque terapéutico versus el masaje sobre el dolor. Como resultados, se observó una mejoría inmediata del dolor en 88,7% de todos los pacientes, en total una reducción en la puntuación de dolor de al menos un punto en la escala de diez puntos[67]. Menos del uno por ciento informó una puntuación de dolor más alta después de la terapia. Los resultados sugirieron que tanto el 69% de los pacientes con masaje como el 65,7% de los pacientes con toque terapéutico informó una mejoría significativa del dolor después de una sesión de terapia[67].

4.2.4. Reflexología

Dentro de las terapias de manipulación del cuerpo, además del masaje, también se encuentra la reflexología. De acuerdo con Anderson et al.[68], en un estudio cuyo objetivo fue realizar un ensayo controlado aleatorizado, para evaluar los efectos de la reflexología podal sobre el dolor y las náuseas en pacientes hospitalizados con cáncer, en comparación con la atención de enfermería tradicional sola, mostró como resultado que la reflexología podal disminuye significativamente el dolor de los pacientes hospitalizados con cáncer, en comparación con la atención de enfermería tradicional sola[68]. Aunque los efectos sobre las náuseas no son estadísticamente significativos, pueden ser clínicamente relevantes; los cambios antes y después de la sesión mostraron una disminución en las calificaciones de náuseas entre los pacientes del grupo de intervención[68].

Las terapias complementarias, como la reflexología, muestran resultados positivos para el manejo de los síntomas en pacientes con cáncer[68]. Los resultados de este estudio piloto notan disminuciones significativas en el dolor en pacientes con cáncer después de una sola sesión.

Más estudios que evalúen los efectos de la reflexología sobre las náuseas pueden ser beneficiosos. La reflexología se puede enseñar fácilmente a las enfermeras de cabecera, para el manejo de los síntomas en pacientes con cáncer, así como también se puede compartir con los pacientes y sus familias para empoderarlos al momento del alta[68].

4.2.5. Hipnosis

Según Montgomery et al.[69], en una revisión sistemática y metaanálisis que se centró en identificar estudios sobre el uso de la hipnosis para tratar la fatiga, los trastornos del sueño, el dolor, la pérdida de apetito o la disnea en el contexto del cáncer y la atención al final de la vida, se obtuvo como resultado que los pacientes con cáncer al final de la vida enfrentan una carga de síntomas clínicamente significativa[69]. A pesar de las ventajas asociadas con las intervenciones de hipnosis, incluida la flexibilidad del enfoque, la rentabilidad y la falta de sus propios efectos secundarios asociados o interacciones farmacológicas, la hipnosis no ha sido estudiada sistemáticamente para el manejo de los síntomas en pacientes con cáncer al final de la vida[69]. Se necesitan estudios rigurosos futuros, para mejorar la calidad de vida al final de la vida de los pacientes con cáncer que lo necesitan.

Otro estudio donde se evaluó la efectividad de la hipnosis en pacientes con cáncer fue el realizado por Eaton et al.[70], un estudio piloto que evaluó la viabilidad, la aceptabilidad y la eficacia potencial de una intervención de grabación de audio de hipnosis de cuatro semanas en sobrevivientes de cáncer con dolor crónico[70]. Cuarenta participantes fueron asignados al azar para condiciones de tratamiento o lista de espera. Las calificaciones de intensidad del dolor fueron más bajas en la semana 4 para ambos grupos[70]. El pequeño efecto de interacción puede deberse a la disponibilidad de un solo registro y la gran variabilidad en la dosis. Los datos cualitativos indicaron que los beneficios de la intervención incluyeron la participación en el autocuidado, una mejor relajación y la oportunidad de concentrarse en uno mismo de manera positiva[70]. Se justifican más pruebas de eficacia de una intervención de grabación de audio en un ensayo clínico totalmente potenciado.

A su vez, otro estudio realizado por Mendoza et al.[71], evaluó la eficacia de una intervención que combina el modelo Valencia de hipnosis de vigilia con terapia cognitivo-conductual para controlar el dolor, la fatiga y los problemas del sueño relacionados con el cáncer en personas con cáncer activo, o que fueron sobrevivientes posteriores al tratamiento[71]. En este ensayo controlado aleatorizado, los autores concluyeron que cuatro sesiones de hipnosis de vigilia con terapia cognitivo-conductual darían como resultado una mejoría mayor en los síntomas de los participantes, que cuatro sesiones de una intervención de control educativo[71].

Además, examinaron los efectos en varios dominios de resultados secundarios que están asociados con aumentos en estos síntomas (depresión, interferencia del dolor, catastrofización del dolor y angustia por el tratamiento del cáncer)[71]. El 89% de los participantes eran mujeres con una edad media de 61 años. Estos pacientes informaron una mejoría significativamente mayor después de recibir el tratamiento activo, en relación con la condición de control en todas las medidas de resultado[71]. Las ganancias del tratamiento se mantuvieron a los tres meses de seguimiento.

Este estudio respalda los efectos beneficiosos de la intervención en relación con una condición de control, y que las ganancias del tratamiento permanecen estables. Los médicos capacitados en hipnosis de vigilia con terapia cognitivo-conductual deben estar accesibles para controlar los síntomas tanto durante como después del tratamiento del cáncer, aunque los hallazgos deben replicarse en muestras más grandes de sobrevivientes de cáncer[71].

4.2.6. Yoga

El yoga es una disciplina de mente y cuerpo, que se ha mostrado ser prometedora para aliviar el dolor del cáncer, pero pocos estudios han incluido pacientes con enfermedad metastásica o han examinado los efectos agudos de la práctica del yoga.

Según Carson et al.[72], en un estudio de cohorte, donde se evaluó el uso de yoga en 48 pacientes de la clínica de oncología Duke, quienes estaban recibiendo tratamiento para cáncer

de mama en estadio IV, se obtuvo como resultado que los niveles de dolor fueron bajos para las mujeres en ambas condiciones, y no se encontraron efectos de tratamiento diferenciales en el dolor diario[72]. Sin embargo, entre las mujeres asignadas al azar al yoga, se encontró una relación dosis/respuesta entre la duración de la práctica de yoga y el dolor diario[72]. Cuando los pacientes habían pasado relativamente más tiempo practicando yoga durante dos días consecutivos, era más probable que experimentaran menos dolor al día siguiente[72].

La práctica de la meditación mostró la asociación más fuerte con un dolor diario más bajo. Los hallazgos sugieren que la práctica del yoga (en particular, la práctica de la meditación) se asocia con mejoras agudas en el dolor del cáncer, y que las intervenciones de yoga pueden tener un mayor impacto si se prueban en una muestra de pacientes con cáncer avanzado, en los que el dolor es relativamente elevado[72].

Según Mascaro et al.[73], en un estudio con pacientes hospitalizados en tratamiento por cáncer hematológico, quienes recibieron una sesión de terapia de yoga individualizada de 40 minutos, se evaluó la viabilidad y la aceptación cuantificando el porcentaje de pacientes que abandonaron la sesión de yoga por dolor, malestar u otro motivo, y comparando la población de intervención con la composición demográfica de la unidad en general[73]. Los síntomas informados por los pacientes fueron obtenidos antes y después de cada sesión, y se evaluó el cambio de síntomas agudos para toda la muestra, y en submuestras que son menos propensos a utilizar intervenciones, como el yoga. La mayoría de las sesiones (87%) fueron completadas, y la mayoría de las sesiones inconclusas fueron interrumpidas por un procedimiento médico, o porque el paciente se quedó dormido[73].

Ninguna sesión se detuvo antes de tiempo debido al dolor informado por los pacientes. Se informaron disminuciones significativas en todos los síntomas, con la mayor disminución de la fatiga y la ansiedad[73]. La terapia de yoga fue un complemento no farmacológico factible, y una intervención eficaz para pacientes hospitalizados que reciben tratamiento para el cáncer hematológico, incluido el trasplante de médula ósea[73].

Dado que el yoga se reconoce cada vez más como un enfoque complementario para el manejo de los síntomas del cáncer, los pacientes/sobrevivientes y los proveedores deben

comprender sus posibles beneficios y limitaciones, tanto durante como después del tratamiento oncológico.

En un estudio realizado por Danhauer et al.[74], donde se revisaron ensayos controlados aleatorios (ECA) del uso de yoga en el cáncer, los hallazgos tanto antes como después del tratamiento demostraron la eficacia del yoga para mejorar la calidad de vida en general[74].

La fatiga fue el resultado medido con más frecuencia, y la mayoría de los ECA realizados durante o después del tratamiento del cáncer informaron mejoras en la fatiga[74]. Los resultados también sugieren que el yoga puede mejorar el estrés/angustia durante el tratamiento, y las alteraciones del sueño y la cognición posteriores al tratamiento[74]. Varios ECA mostraron evidencia de que el yoga puede mejorar los biomarcadores de estrés, inflamación y función inmunológica[74].

Los resultados con síntomas limitados o mixtos (por ejemplo, ansiedad, depresión, dolor, síntomas específicos del cáncer como el linfedema, resultados psicológicos positivos como la búsqueda de beneficios y la satisfacción con la vida) justifican un estudio adicional[74]. Las direcciones futuras, importantes para la investigación del yoga en oncología, incluyen: inscribir a participantes con tipos de cáncer distintos al de mama, estandarizar las evaluaciones de autoinforme, aumentar el uso de grupos de control activos y medidas objetivas, y abordar la heterogeneidad de las intervenciones de yoga, que varían en tipo, componentes clave (movimiento, meditación, respiración), dosis y modo de administración[74].

4.2.7. Cannabis

Según Blake et al.[75], en una revisión bibliográfica sobre el uso de cannabis medicinal en el manejo del dolor en el cáncer, se identificaron cinco estudios clínicos que evaluaron el efecto del tetrahidrocannabinol (THC) o el cannabidiol (CBD) en el control del dolor por cáncer, que se revisaron y resumieron[75]. De estos cinco estudios evaluaron las cápsulas de aceite de THC, el aerosol bucal de THC: CBD (nabiximol) o el THC. Los aerosoles

oromucosos encontraron alguna evidencia de reducción del dolor por cáncer asociado con estas terapias[75].

Se administraron dosis que oscilaron entre 2,7 y 43,2 mg/día de THC y entre 0 y 40 mg/día de CBD[75]. Dosis más altas del THC se correlacionaron con un mayor alivio del dolor en algunos estudios. Un estudio encontró que el alivio significativo del dolor se logró en dosis tan bajas como 2,7 a 10,8 mg de THC, en combinación con 2,5 a 10,0 mg de CBD, pero hubo evidencia contradictoria sobre si las dosis más altas proporcionan un mejor alivio del dolor[75].

Algunos efectos secundarios informados incluyen somnolencia, hipotensión, nubosidad mental, náuseas y vómitos[75]. Hay evidencia que sugiere que el cannabis medicinal reduce el dolor crónico o neuropático en pacientes con cáncer avanzado. Sin embargo, los resultados de muchos estudios carecieron de poder estadístico, en algunos casos debido al número limitado de sujetos de estudio. Por lo tanto, hoy existe la necesidad de realizar más ensayos clínicos doble ciego controlados con placebo con muestras de gran tamaño, con el fin de establecer la dosis óptima y la eficacia de diferentes terapias basadas en cannabis[75].

En una revisión sistemática y metaanálisis llevada a cabo por Wang et al.[76]; en una población clínica de pacientes con dolor por enfermedades crónicas no cancerosas y dolor relacionado con el cáncer, cuyo objetivo era determinar los beneficios y los daños del uso de medicina cannabis y cannabinoides para el dolor crónico, se obtuvo como resultado que la duración del seguimiento varió de uno a 5,5 meses, y que, comparado con placebo, medicamentos no inhalados, el cannabis probablemente resulte en un pequeño aumento en la proporción de pacientes que experimentan menos la diferencia mínimamente importante de 1 cm (en una escala analógica visual (EVA) de 10 cm) en el alivio del dolor[76].

El cannabis medicinal tomado por vía oral da como resultado una muy pequeña mejora en el funcionamiento físico, y una pequeña mejora en la calidad del sueño[76]. El cannabis tomado por vía oral no mejora, emocionalmente, el rol o funcionamiento social (certeza alta). Hay moderada evidencia de certeza donde se muestra que el cannabis medicinal tomado por

vía oral probablemente resulte en un pequeño aumento con riesgo de deterioro cognitivo transitorio, vómitos, somnolencia, deterioro de la atención y náuseas, pero no diarrea; mientras que la evidencia de alta certeza muestra mayor aumento del riesgo de mareos para ensayos con <3 meses de seguimiento versus 28% para ensayos con ≥3 meses de seguimiento[76]. La evidencia de certeza moderada a alta muestra que cannabis medicinal no inhalado o cannabinoides resulta en una mejora pequeña en el alivio del dolor, funcionamiento físico y calidad del sueño entre los pacientes con dolor crónico, junto con varios efectos secundarios adversos transitorios, en comparación con placebo[76].

4.2.8. Musicoterapia

Rennie et al.[77] realizaron una revisión sistemática, cuyo objetivo era consolidar la literatura en torno al uso de la musicoterapia como un complemento eficaz y de bajo riesgo para el tratamiento del dolor en la terapia del cáncer[77].

Este análisis revela que el uso de la musicoterapia hasta el momento ha proporcionado un efecto positivo casi unánime en pacientes con cáncer, con el potencial de proporcionar beneficios tanto físicos como psicosociales[77]. De los 202 artículos inicialmente identificados, 25 ensayos controlados aleatorizados cumplieron los criterios de inclusión para la evaluación.

De los 25 estudios, 23 (92,0%) informaron estadísticas y mejoras clínicamente significativas en las variables de resultado. Dos de los estudios (8,00%) no encontraron ningún efecto positivo significativo de la musicoterapia en ninguna de las variables de resultados antes mencionadas[77].

La musicoterapia, tanto como tratamiento independiente como cuando se usa junto con otros modalidades farmacológicas y no farmacológicas, tiene un efecto generalmente beneficioso en varios aspectos fisiológicos y psicosociales del cáncer[77].

La revisión revela un beneficio positivo casi unánime para la musicoterapia en todos los aspectos físicos, parámetros emocionales y mentales, incluidos los niveles de dolor, ansiedad, calidad de vida, estado de ánimo y trastornos del sueño, fatiga, frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno[77].

Además, los resultados de esta revisión son consistentes con otros estudios. El 92,0% de los artículos seleccionados encontró que la musicoterapia, ya sea sola o como parte de una terapia combinada, siempre mejora o reduce en una o más de esas categorías[77]. Solo un estudio investigó el uso de musicoterapia con sus efectos tanto a corto como a largo plazo, demostrando una mejoría rápida e inmediata en todas las formas de fatiga y mejorando progresivamente la sintomatología a las 6, 12, y 24 semanas[77].

Los efectos antidepresivos y ansiolíticos de la musicoterapia han demostrado ser útiles para los problemas mentales de la enfermedad, especialmente los asociados con el cáncer[77]. De los 25 estudios, solo 11 identificaron una sola forma de cáncer, mientras que los 14 restantes trataron a pacientes con una lista de cánceres múltiples o pacientes tratados con cáncer en general, y no se hizo una designación de tipo[77].

Los cánceres más representados fueron el cáncer de mama y de pulmón, constituyendo el 16,0% y el 8,00%, respectivamente[77]. Estos cánceres están incluidos entre los cinco principales cánceres más comunes en los EE. UU.

Aunque el estudio incluye todas las ayudas de musicoterapia en un intento de crear una recomendación amplia para el efecto de la música en medicina oncológica, existen limitaciones en la generalización de los datos, debido a la amplia variabilidad en la administración[77]. Esto representa otro punto de mejora en el campo sobre las técnicas más óptimas y sus aplicaciones. Los pacientes pueden beneficiarse, por medio de selecciones de música personalizadas en lugar de música preseleccionada, música en vivo en lugar de la música grabada, ser participantes activos en la creación de música, o de diferentes formas de música como instrumentos, voces, entre otras[77].

4.2.9. Intervenciones psicosociales

Según Warth et al.[78], en una revisión sistemática y un metaanálisis, que tuvo como objetivo proporcionar una visión general de los efectos de las intervenciones psicosociales sobre el dolor en el tratamiento del cáncer avanzado y cuidados paliativos, se encontró un beneficioso, pero heterogéneo efecto, con algunos inconsistentes resultados entre las diferentes categorías de intervenciones[78].

Las técnicas de relajación, en general, mostraron un prometedor potencial para mejorar la angustia de los síntomas por el dolor en pacientes avanzados con cáncer, aunque los estudios mostraron algunas inconsistencias[78].

Dentro del análisis descriptivo, sugieren que las técnicas guiadas pueden ser más eficaces que la autorrelajación administrada[78]. Una posible explicación es que el esfuerzo de autoadministración, en sí, puede obligar atención que podría hacer que sea más difícil concentrarse en la relajación real. Sin embargo, el último grupo de estudios también fue dirigido a resultados más amplios (por ejemplo, malestar general por síntomas), y no se diseñó específicamente para inducir el alivio del dolor[78]. Además, factores metodológicos, como una intervención más prolongada en los lapsos de tiempo, también pueden producir heterogeneidad en los resultados[78].

Entre las terapias basadas en artes creativas, solo los estudios con la musicoterapia cumplieron con los criterios de inclusión. Dos estudios demostraron su eficacia con respecto al dolor, mientras que en otros estudios no se observó ningún efecto[78].

Para Warth et al.[78], la falta de hallazgos significativos puede estar relacionada con una base de referencia de baja puntuaciones. Los autores no definieron el dolor como el resultado primario y, por lo tanto, no se examinaron para pacientes con índices de dolor inicialmente altos[78]. Además, los efectos de la musicoterapia sobre el dolor fueron más fuertes, en comparación con grupos de control en lista de espera, en contraste con los grupos activos de control, como mindfulness pregrabado o compañía[78].

Otro de los estudios incluidos fue un ensayo que se clasificó principalmente como cognitivo-conductual. Tanto la intensidad del dolor como la interferencia del dolor disminuyeron en el grupo de intervención psicoterapéutica durante el curso de estudio de ocho semanas, lo que sugiere que la terapia cognitivo conductual podría ser una opción de intervención psicosocial prometedora, a largo plazo, para el tratamiento del dolor[78].

Cuando se trata de intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación, los dos estudios incluidos no proporcionaron pruebas por su eficacia sobre el dolor en pacientes con cáncer avanzado[78]. Sin embargo, dado que las intervenciones basadas en mindfulness han probado un efecto beneficioso en otros estudios de pacientes con cáncer y para otros

resultados, una investigación adicional con pacientes con cáncer avanzado puede ser muy alentadora[78].

Finalmente, ambos estudios que investigan el apoyo-expresivo la terapia de grupo en combinación con la hipnosis mostró efectos beneficiosos sobre la intensidad del dolor en pacientes con cáncer de mama[78]. En particular, dado que la intervención duró 12 meses, es posible que principalmente sea recomendado para pacientes con una esperanza de vida más larga, o como una opción temprana de tratamiento de cuidados paliativos[78].

En general, los datos muestran que las intervenciones de solo cinco de los estudios se dirigieron explícitamente al dolor como el resultado primario[78].

Esta revisión muestra que las intervenciones psicosociales, en general, pueden tener un efecto beneficioso sobre la gravedad del dolor autoevaluada de pacientes con cáncer avanzado. Así, las intervenciones psicosociales pueden recomendarse para complementar los tratamientos médicos de última generación en el control de dolor[78].

Los efectos adversos rara vez se informan y los efectos psicosociales en la atención del cáncer pueden tener, además, un efecto preventivo sobre otros síntomas comunes, como fatiga, depresión y ansiedad. Si bien la magnitud de los efectos no varió para diferentes tipos de intervención, se identificaron técnicas basadas en la relajación, musicoterapia, terapia cognitivo-conductual y terapias grupales de apoyo-expresivas como prometedoras[78]. Sin embargo, los hallazgos para todos los tipos de intervención fueron mixtos, y se necesita más investigación sobre técnicas que son específicamente diseñadas para tratar los síntomas del dolor[78].

4.3. Proponer una guía de apoyo dirigida a las personas cuidadoras, que proporcione insumos terapéuticos complementarios para el manejo del dolor del paciente oncológico avanzado

Las terapias complementarias han demostrado ser una herramienta eficaz para ayudar al paciente oncológico con el manejo del dolor[59]. Estas terapias se recomienda implementarlas no solo para reducir el dolor, sino también para otra serie de síntomas

asociados a la enfermedad, como es el caso de las náuseas y la fatiga[56]. La mayoría de estas terapias se consideran efectivas y seguras, ya que no reportan efectos secundarios.

Por esta razón, se tiene como objetivo desarrollar una guía de apoyo que esté dirigida tanto a los pacientes con cáncer como a las personas cuidadoras, ya sean familiares o cuidadores externos, que les permitan solventar las necesidades tanto propias como de los pacientes, especialmente en el manejo del dolor. Con esta guía, los cuidadores podrán obtener recomendaciones e información relevante sobre las terapias complementarias que se pueden utilizar en estos pacientes. (Ver anexo 2)

CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Más de la mitad de los pacientes con cáncer en etapa avanzada presentan dolor de intensidad moderada o severa, y muchas veces es subtratado.
- El dolor en los pacientes oncológicos es un problema de difícil manejo para médicos, pacientes y familiares, pues los analgésicos no siempre alivian el dolor por completo. Por esta razón, muchos pacientes acuden a las terapias complementarias.
- El uso de opiodes potentes sigue siendo el fármaco de primera línea para tratar el dolor de moderado a severo en pacientes con cáncer avanzado.
- Las terapias complementarias representan un recurso, no siempre documentado como exitoso, en estudios realizados en pacientes con cáncer. Aunque parece que estas terapias complementarias no tienen efectos secundarios, algunas evidencias sugieren que podrían causar daño.
- Los estudios y los diferentes niveles de evidencia apuntan a la eficacia de estas terapias, siendo las más citadas: acupuntura, hipnosis, meditación, yoga. Esto se debe a que el uso de estas terapias, además de promover el alivio del dolor, se refiere en la mayoría de los estudios analizados como una excelente ayuda para la relajación del cuerpo, la integración mente-cuerpo, la disminución del estado de ansiedad y efectos adversos tales como náuseas y vómitos causados por agentes de quimioterapia.
- Adicionalmente, es importante evaluar el posible efecto benéfico de estas intervenciones, no solamente como eventual tratamiento para el dolor en el cáncer, sino como manejo coadyuvante al tratamiento farmacológico en la reducción de los efectos secundarios de otros medicamentos utilizados en este tipo de patología.
- Estas terapias complementarias aparentan ser seguras, por lo que pueden ser empleadas, en un principio, sin suponer un riesgo adicional para estos pacientes, pues los efectos adversos relacionados con estas terapias son escasos o nulos, siempre y cuando estas sean proporcionadas por personas calificadas, y su uso se encuentre en conocimiento del personal sanitario que proporciona los tratamientos convencionales.
- El objetivo de este estudio fue alcanzado, siendo posible identificar evidencias del empleo de técnicas no farmacológicas, en especial acupuntura, masaje, reflexología, hipnosis, yoga y musicoterapia para el alivio del dolor; siempre haciendo un énfasis en que

la combinación de estas técnicas o terapias complementarias con las estrategias farmacológicas es más eficaz.

- Se ha comprobado que, además de propiciar alivio del dolor, las terapias complementarias actúan también reduciendo la ansiedad, las náuseas, el estrés y el insomnio.
- Algunos estudios encontrados reflejan una baja calidad metodológica, lo que lleva a la conclusión de que son necesarios más estudios e investigaciones de mayor calidad y nivel de evidencia, para poder utilizar estas terapias bajo una firme base científica.
- Los artículos, incluidos en esta revisión, confirman que la acupuntura es una terapia complementaria eficaz para el tratamiento de los síntomas sufridos por los pacientes oncológicos. Se puede concluir que, tanto para el dolor como para las náuseas y vómitos, la acupuntura es eficaz; mientras que, para la fatiga, los datos obtenidos no son concluyentes, ya que muestran gran variedad, siendo necesaria mayor investigación para esta materia.

5.2. Recomendaciones

- Si bien no existe suficiente evidencia científica que sustente el uso de las terapias complementarias y alternativas dentro de la práctica médica convencional, su frecuente aplicación entre los pacientes que padecen dolor crónico y el beneficio que estas ofrecen para ellos, es fundamento de peso para el desarrollo de nuevos proyectos de investigación, que permitan incluir estas terapias en los protocolos del manejo clínico del dolor, por lo cual se recomienda el desarrollo de estudios con mayor evidencia científica.
- Se debe hacer más hincapié y más investigación tanto a nivel nacional como internacional, para poder demostrar la efectividad de las terapias complementarias y así poder abordar de una mejor manera el dolor en los pacientes oncológicos
- Una de las recomendaciones es darle a conocer, al personal sanitario, las nociones y la información necesaria sobre el uso de terapias complementarias en el manejo del dolor del paciente oncológico, e implementar el uso de estas en el ámbito de cuidados paliativos.
- Otra de las recomendaciones es ofrecer, tanto al paciente como a la familia, educación con respecto al cuidado del paciente oncológico, así como información sobre terapias complementarias.
- Se debería ofrecerles a los pacientes la opción de poder escoger una terapia complementaria como tratamiento adyuvante, con la finalidad de obtener un grado de relajación satisfactorio, guiado por enfermería o por cualquier otro profesional capacitado para realizarla.
- Las personas, a quienes se les ha diagnosticado cáncer, deberían consultar con su médico antes de usar un método de medicina complementaria y alternativa para cualquier propósito, esté o no relacionado con el cáncer.
- Es importante que el paciente comunique claramente todos los medicamentos que toma, incluyendo suplementos dietéticos, vitaminas y hierbas, para evitar posibles interacciones entre medicamentos. Algunos suplementos pueden interferir con la eficacia de la quimioterapia, la radioterapia o la prescripción de los medicamentos.
- No se debería posponer el tratamiento convencional para el cáncer, ya que podría disminuir las posibilidades de remisión o cura. No se deberían utilizar terapias complementarias en reemplazo del tratamiento médico convencional para el cáncer ni como motivo para posponerlo.

- Se debe priorizar la promoción de estrategias educativas, para que los pacientes conozcan a cabalidad sobre su patología, y hasta dónde puede ayudar el uso de medicina complementaria. Esta estrategia debe garantizar información confiable y didáctica hacia la población y, a la vez, hacia una sociedad participativa, para satisfacer dudas con respecto a temas oncológicos y de medicina complementaria.
- Se debe fomentar, en los profesionales de Salud, una atención integral que aproveche al máximo los recursos brindados por la medicina no convencional para el tratamiento o mejora en la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington, DC: OMS; 2022 [consultado el 1 de junio del 2022]. Disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer

2. Running A, Turnbeaugh E. Oncology pain and complementary therapy: a review of the Literature. Clin J Oncol Nurs. [Internet]. 2011 [citado el 1 de junio del 2022]; 15(4): 374-378. Disponible en: www.researchgate.net/publication/51541573_Oncology_Pain_and_Complementary_Therapy_A_Review_of_the_Literature

3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional; 2014-2023. Ginebra: OMS; 2013.

4. Díaz J, Hernández Y, Hernández L, Cuevas O, Fernández D. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. Medisur [Internet]. 2019 [citado el 1 de junio del 2022]; 17(4): 552-559. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4010.

5. Paley C, Johnson M, Tashani O, Bagnall A. Acupuncture for cancer pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. [Internet] 2015 [citado el 1 de junio del 2022]; 10 (CD007753): 5-34. DOI: 10.1002/14651858.CD007753. 10.1002/14651858.CD007753.pub3

6. Hu C, Zhang H, Wu W, Yu W, Li Y, Bai J, et al. Acupuncture for pain management in cancer: a systematic review and meta-analysis. Evid Based Complement Alternat Med. [Internet] 2016 [citado el 1 de junio del 2022]; (1720239): 1-14. DOI: 10.1155/2016/1720239.

7. Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E, Fermand-Brulé S, Dubreuil-Lemaire ML, Hill C. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. J Clin Oncol. [Internet] 2003 [citado el 1 de junio del 2022]; 21(22): 4120-4126. DOI: 10.1200/JCO.2003.09.011.

8. O'Regan D, Filshie J. Acupuncture and cancer. Auton Neurosci. [Internet] 2010 [citado el 1 de junio del 2022]; 157(1-2): 96-100. DOI: https://doi.org/10.1016/j.autneu.2010.05.001.

9. Colque Vinaya J. Uso de medicina alternativa y/o complementaria en los pacientes de la consulta de medicina familiar durante los últimos tres meses [Tesis de Especialidad en Medicina Familiar] Nuevo León, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2021.

10. Tan M, Win M, Khan S. The use of complementary and alternative medicine in chronic pain patients in Singapore: a single-centre study. Ann. Acad. Med. Singap. [Internet]. 2013; 42(3): 2-5. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23604502/

11. Garrido R. Acupuntura y dolor. Rev. Med. Clin. Condes [Internet] 2019 [citado el 1 de junio del 2022]; 30(6): 487-493. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.11.001

12. Carrasco J, González I, Cañizares A. Beneficios de la musicoterapia como opción integrativa en el tratamiento oncológico. Psicooncología [Internet] 2020 [citado el 1 de junio del 2022]; 17(2): 335-355. DOI: http://dx.doi.org/10.5209/psic.68812

13. Martí P, Mercadal M, Solé C. Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. Psicooncología [Internet] 2015 [citado el 1 de junio del 2022]; 12(1): 105-128. DOI:10.5209/rev_PSIC. 2015.v12.n1.48907

14. Brenes Valverde A. Homeopatía y seguridad social en Costa Rica. Un enfoque histórico. Binasss [Internet] 2011 [citado el 1 de junio del 2022]; 1-3 Disponible en: http://www.binasss.sa.cr/homeopatiacr.pdf

15. Abadía K, Mesén P. Eficacia de la magnetoterapia en pacientes con osteoartrosis. Rev. méd. Costa Rica Centroam [Internet] 2008 [citado el 1 de junio del 2022]; 65(582): 15-20. Disponible en: https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/582/art4.pdf

16. Bao Y, Kong X, Yang L, Liu R, Shi Z, Li W, et al. Complementary and alternative medicine for cancer Pain: an overview of systematic reviews. Evid. Based Complementary Altern. Med [Internet] 2014 [citado el 1 de junio del 2022]; 1-10. DOI: http://dx.doi.org/10.1155/2014/170396

17. Dileo C., Bradt J. Musicotherapy and medicine: clinical and theoretical applications. [Internet] 1ed. Inglaterra; American Music Therapy Association; 1999 [Consultado el 1 de junio del 2022]. Disponible en: https://books.google.co.cr/books/about/Music_Therapy_and_Medicine.html?id=MKpLAQ AAIAAJ&redir_esc=y

18. Zia F, Olaku O, Bao T, Berger A, Deng G, Fan A, et al. The National Cancer Institute's Conference on Acupuncture for symptom management in Oncology: state of the science, evidence, and research gaps. Natl Cancer Inst Monogr. [Internet] 2017 [citado el 1 de junio del 2022]; 2017(52): 2-26. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgx005

19. Castañeda C, O'Shea G, Narváez M, Lozano J, Castañeda G, Castañeda J. Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. Gac. Mex. de Oncol. [Internet]. 2015 [citado el 7 de junio del 2022]; 14(3): 150-156. DOI: https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.07.007.

20. Dorcaratto D, Grande L, Ramón J, Pera M. Calidad de vida en pacientes con cáncer de esófago y de estómago. Cirugía Español. [Internet] 2011 [citado el 13 de diciembre del 2022]; 89 (10): 635-644. DOI: 10.1016/j.ciresp.2011.07.006

21. Lara A, Ahumada M, Basantes A, Bistre S, Bonilla P, Duarte E, et al. Latin-American guidelines for cancer pain management. Pain Manag. [Internet] 2017 [citado el 7 de junio del 2022] 7(4); 287-298. DOI: 10.2217/pmt-2017-0006

22. Velasco M. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. Rev. Med .Clin. Condes. [Internet] 2013 [citado el 19 de diciembre del 2022]; 24(4):668-676. DOI: 10.1016/S0716-8640(13)70206-2

23. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M. ESMO Guidelines Committee. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. [Internet] 2018 [citado el 17 de diciembre del 2022]; 29(4): 166-191.DOI: 10.1093/annonc/mdy152.

24. Miró J. Evaluación de la intensidad del dolor en el paciente con cáncer. Psicooncología. [Internet] 2012 [citado el 7 de junio del 2022]; 9(2): 393-401. DOI: 10.5209/rev_PSIC. 2013.v9. n2-3.40909

25. Doroshow J. Abordaje del paciente con cáncer. En: Goldman L, Schafer A. Tratado de medicina interna. 26a ed. Estados Unidos de América: Elsevier España; 2021. 1168-1197.

26. Garrido R. Manejo del dolor en cáncer. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2013 [citado el 08 de diciembre del 2022]; 24(4): 661-666. DOI: 10.1016/S0716-8640(13)70205-0

27. Pham P, Gaspar M, Kane P. Medical management for pain. En: Skirven T, Osterman A, Fedorczyk J, Amadio P, Feldscher S, Shin E. Rehabilitation of the Hand and Upper Extremity. 7a ed. Estados Unidos de América: Elsevier; 2021. 1350-1352

28. Ing J. Head and Neck Cancer Pain. Otolaryngol Clin N Am. [Internet] 2017 [citado el 17 de diciembre del 2022]; 50(4).793-806. DOI:http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2017.04.001

29. Harkouk H, Pares F, Daoudi K, Fletcher D. Farmacología de los opioides. EMC - Anestesia-Reanimación. [Internet] 2018 [citado el 18 de diciembre del 2022]; 44(2):1-24. DOI: https://doi.org/10.1016/S1280-4703(18)89443-9

30. Hoskin P, Forbes K. Cancer pain: treatment overview. En: McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D. Wall and Melzack's Textbook of Pain. 6a ed. Estados Unidos de América: Saunders; 2013. 1075-1091.

31. Ojeda González J. Dolor en pacientes con padecimientos oncológicos. Rev. Finlay. [Internet] 2021 [citado el 7 de junio del 2022]; 11(4): 412-421. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1064

32. Torcal M, Ventoso S. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. Rev. Clín. Med. Fam. [Internet] 2020 [citado el 7 de junio del 2022]; 13(3): 203-211. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000300203

33. Virgen C, Kelkar N, Tran A, Rosa C, Cruz-Topete D, Amatya S. Pharmacological management of cancer pain: novel therapeutics. Biomed Pharmacother. [Internet] 2022 [citado el 17 de diciembre del 2022]; 156:113871. DOI: 10.1016/j.biopha.2022.113871

34. Sánchez M, Chaves C. Rol de los cuidados paliativos en el servicio de emergencias. Med. Leg. Costa Rica [Internet] 2017 [citado el 7 de junio del 2022]; 34(1): 1-10. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100165#:~:text=Cuando%20los%20cuidados%20paliativos%20se,y%20disminuyendo%20las%20estad%C3%ADas10.

35. Rodríguez A, Bruera E. ¿Es posible generar efecto placebo como parte de las intervenciones paliativas? Med Paliat. [Internet] 2016 [citado el 15 de diciembre del 2022]; 23(1):21-31. DOI: 10.1016/j.medipa.2015.05.003

36. Bonilla P. Cuidados paliativos en Latinoamérica. Rev. Nutr. Clin. Metab [Internet]. 2021 [citado el 7 de junio del 2022]; 4(2):4-13. DOI: https://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.226

37. Martínez L, Martínez G, Gallego D, Vallejo E, Lopera J, Valle N, Vargas G, et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. Rev Soc Esp Dolor. [Internet] 2014 [citado el 7 de junio del 2022]; 21(6): 338-344. DOI: https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600007

38. Caires J, Argolo T, Bezerra J, de Andrade M, da Silva M. The use of complementary therapies in palliative care: benefits and purposes. Cogitare Enfermagem. [Internet] 2014 [citado el 13 de diciembre del 2022]; 19(3):471-477. Disponible en: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/33861/23227

39. Swartz MH. Tratado de semiología. 8a ed. España: Elsevier; 2021. Capítulo 3, Comprensión de la medicina complementaria y alternativa; 43-56.

40. Zhang H, Ding X, Bun Tai K, Yu A. Medicina alternativa, hierbas chinas y riñón. En: Ronco C, Bellomo R, Kellum J, Zaccaria R. Cuidados intensivos en nefrología. 3a ed. España: Elsevier; 2020. 1314-1319.

41. Engler R, Srivastava K, Sahin O, Li X. Middleton's allergy: principles and practice [Internet]. 9a ed. Estados Unidos de América: Elsevier; 2019 [consultado el 18 de junio del 2022] Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9780323544245001003.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

42. Collette N. Arteterapia y cáncer. Psicooncología [Internet] 2011 [citado el 18 de junio del 2022]; 8(1): 81-99. DOI: 10.5209/rev_PSIC. 2011.v8. n1.7

43. Martí-Augé P, Mercadal M, Solé-Resano C. La musicoterapia en Oncología. Gac. Mex. de Oncol [Internet]. 2015 [citado el 18 de junio del 2022]; 14(6): 346-352. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.11.013

44. White J. Medicina complementaria y alternativa. En: Niederhuber J, Armitage J, Kastan M, Doroshow J, Tepper J. Abeloff Oncología clínica. 6a ed. España: Elsevier; 2020. 500-511

45. Ramos A, Guajardo J, Chejne F, Juárez A, Ayón H. Uso de opioides y canabinoides en el dolor crónico. Rev. Mex. de Anestesiol. [Internet]. 2017. [citado el 18 de junio del 2022]; 40(1): S5-S7. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171c.pdf

46. Martínez Pizarro S. ¿Reiki para reducir la ansiedad? Revisión de la literatura. Revista Española de Enfermería de Salud Mental [Internet]. 2020. [citado el 18 de junio del 2022]; 10(1): 11-16. DOI: http://doi.org/10.35761/reesme.2020.10.03

47. Marchand LR. Palliative and end-of-life care. En: Rakel D. Integrative Medicine. 4a ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. 806-816.

48. Garrido R. Acupuntura y dolor. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2019 [citado el 18 de junio del 2022]; 30(6): 487-493. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.11.001

49. Flores A, Arias L, Azolas X, Bravo J, Gajardo C, Poblete E, et al. Dolor y medicina complementaria y acupuntura. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2014 [citado el 18 de junio del 2022]; 25(4): 636-640. DOI:10.1016/S0716-8640(14)70084-7

50. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014.

51. Manterola C, Asenjo C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia y grados de recomendación de uso actual. Rev Chil Infectol [Internet]. 2014 [citado el 21 de junio del 2022]; 31(6): 705-718. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n6/art11.pdf

52. Robles A, Rubio B, De la Rosa E, et al. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. Residente [Internet] 2016 [citado el 21 de junio del 2022]; 11(3):120-125. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf

53. Chapman E, Edwards Z, Boland J, Maddocks M, Fettes L, Malia C, et al. Practice review: evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. Palliat Med. [Internet] 2020 [citado el 10 de agosto del 2022]; 34(4): 444-453. DOI: 10.1177/0269216319896955.

54. Cortijo X, Contreras R, Gutiérrez C, Cadena M, Cibrián T. Descripción y análisis de la sintomatología asociada al dolor en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Revista Biomédica [Internet] 2020 [citado el 08 de agosto del 2022]; 31(3): 117-123. DOI: https://doi.org/10.32776/revbiomed.v31i3.781.

55. Haun M, Estel S, Rücker G, Friederich H, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane Database Syst. Rev. [Internet] 2017 [citado el 08 de agosto del 2022]; 6(6):CD011129. DOI: 10.1002/14651858.CD011129.pub2.

56. Lee S, Choi H, Hyun M. An overview of systematic reviews: complementary therapies for cancer patients. Integr Cancer Ther [Internet] 2019 [citado el 21 de junio del 2022]; 18(1): 1-11. DOI: 10.1177/1534735419890029

57. Lopes L, Sylvestre G, Manhães R, Pimentel de Carvalho S, Zuqui K, Costa M. Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: a systematic review. Rev. Latino-Am [Internet] 2020 [citado el 21 de junio del 2022]; 28(3): 1-17. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377

58. Giannitrapani K, Holliday J, Miake-Lye I, Hempel S, Taylor S. Synthesizing the strength of the evidence of complementary and integrative health therapies for pain. Pain Med. [Internet] 2019 [citado el 10 de agosto del 2022]; 20(9): 1831-1840. DOI: 10.1093/pm/pnz068. PMID: 31070752

59. Rhee T, Pawloski P, Parsons H. Health-related quality of life among US adults with cancer: potential roles of complementary and alternative medicine for health promotion and well-being. Psychooncology [Internet] 2019 [citado el 21 de junio del 2022]; 28(4):896-902. DOI:10.1002/pon.5039

60. Lam T, Lu L, Man L, Lisa L. A pilot randomized controlled trial of acupuncture at the si guan xue for cancer pain. BMC Complement Altern. Med. [Internet] 2017 [citado el 21 de junio del 2022|]; 17(1): 335. DOI 10.1186/s12906-017-1838-5

61. Dong B, Lin L, Chen Q, Qi Y, Wang F, Qian K, Tian L. Wrist-ankle acupuncture has a positive effect on cancer pain: a meta-analysis. BMC Complement Altern. Med [Internet] 2021 [citado el 21 de junio del 2022]; 21(24): 1-10. DOI: https://doi.org/10.1186/s12906-020-03193-y

62. Yang J, Wahner-Roedler D, Zhou X, et al. Acupuncture for palliative cancer pain management: systematic review. BMJ Supportive & Palliative Care [Internet] 2021 [citado el 21 de junio del 2022];11(26): 4-270. DOI: 10.1136/bmjspcare-2020-002638

63. He Y, Guo X, May B, Zhang A, Liu Y, Lu C, et al. Clinical evidence for Association of Acupuncture and Acupressure with improved cancer pain: a systematic review and meta-analysis. JAMA Oncol [Internet] 2020 [citado el 21 de junio del 2022]; 6(2): 271-278. DOI:10.1001/jamaoncol.2019.5233

64. Mai Q, Li X, Yang D, Zhang X, Peng K, Hao Y. Effects of acupressure on cancer-related pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled

trials. Eur J Integr Med. [Internet]; 2022 [citado el 10 de agosto del 2022]; 51(102120): 1-7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.eujim.2022.102120

65. Miake I, Mak S, Lee J, Luger T, Taylor S, Shanman R, Beroes-Severin J, Shekelle P. Massage for pain: an evidence map. J Altern Complement Med [Internet] 2019 [citado el 21 de junio del 2022]; 25(5): 475-502. DOI: 10.1089/acm.2018.0282

66. Calcagni N, Gana K, Quintard B. A systematic review of complementary and alternative medicine in oncology: psychological and physical effects of manipulative and body-based practices. PLoS ONE [Internet] 2019 [citado el 21 de junio del 2022]; 14(10): 1-17. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223564

67. Gentile D, Boselli D, Yaguda S, Greiner R, Bailey-Dorton C. Pain improvement after healing touch and massage in breast cancer: an observational retrospective study. Int J Ther Massage Bodywork [Internet] 2021 [citado el 10 de agosto del 2022]; 14(1): 12-20. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33654502/

68. Anderson K, Downey M. Foot reflexology: an intervention for pain and nausea among inpatients with cancer. Clin J Oncol Nurs. [Internet] 2021 [citado el 10 de agosto del 2022]; 25(5): 539-545. DOI: 10.1188/21.CJON.539-545.

69. Montgomery G, Sucala M, Baum T, Schnur J. Hypnosis for symptom control in cancer patients at the end-of-life: a systematic review. Int J Clin Exp Hypn. [Internet] 2017 [citado el 21 de junio del 2022]; 65(3): 296-307. DOI:10.1080/00207144.2017.1314728

70. Eaton L, Beck S, Jensen M. An audio-recorded hypnosis intervention for chronic pain management in cancer survivors: a randomized controlled pilot study. Int J Clin Exp Hypn. [Internet] 2021 [citado el 10 de agosto del 2022]; 69(4): 422-440. DOI: 10.1080/00207144.2021.1951119.

71. Mendoza M, Capafons A, Gralow J, Syrjala K, Suárez-Rodríguez J, Fann J, et al. Randomized controlled trial of the Valencia model of waking hypnosis plus CBT for pain, fatigue, and sleep management in patients with cancer and cancer survivors. Psychooncology [Internet] 2017 [citado el 10 de agosto del 2022]; 26(11): 1832-1838. DOI: 10.1002/pon.4232.

72. Carson J, Carson K, Olsen M, Sanders L, Westbrook K, Keefe F, et al. Yoga practice predicts improvements in day-to-day pain in women with metastatic breast cancer. J Pain

Symptom Manage. [Internet] 2021 [citado el 21 de junio del 2022]; 61(6): 1227-1233. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.10.009.

73. Mascaro J, Waller A, Wright L, Leonard T, Haack C, Waller E. Individualized, Single session yoga therapy to reduce physical and emotional symptoms in hospitalized hematological cancer patients. Integr Cancer Ther. [Internet] 2019 [citado el 10 de agosto del 2022]; 18(1): 1-8. DOI: 10.1177/1534735419861692.

74. Danhauer S, Addington E, Cohen L, Sohl S, Van Puymbroeck M, Albinati N, Culos S. Yoga for symptom management in oncology: a review of the evidence base and future directions for research. Cancer [Internet] 2019 [citado el 10 de agosto del 2022]; 125(12):1979-1989. DOI: 10.1002/cncr.31979.

75. Blake A, Wan B, Malek L, DeAngelis C, Diaz P, Lao N, et al. A selective review of medical cannabis in cancer pain management. Ann Palliat Med. [Internet] 2017 [citado el 21 de junio del 2022]; 6(Suppl 2): S215-S222. DOI: 10.21037/apm.2017.08.05.

76. Wang L, Hong P, May C, Rehman Y, Oparin Y, Hong C, et al. Medical cannabis or cannabinoids for chronic non-cancer and cancer related pain: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. BMJ [Internet] 2021 [citado el 10 de agosto del 2022]; 374:n1034. DOI: 10.1136/bmj.n1034. PMID: 34497047.

77. Rennie C, Irvine D, Huang E, Huang J. Music therapy as a form of nonpharmacologic pain modulation in patients with cancer: a systematic review of the current literature. Cancers [Internet] 2022 [citado el 10 de agosto del 2022]; 14(18): 1-12. DOI: 10.3390/cancers14184416.

78. Warth M, Zöller J, Köhler F, Aguilar-Raab C, Kessler J, Ditzen B. Psychosocial interventions for pain management in advanced cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Curr Oncol Rep. [Internet] 2020 [citado el 10 de agosto del 2022]; 22(1): 1-9. DOI: 10.1007/s11912-020-0870-7.

CAPÍTULO VII- ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia

Autor/Revista Año/	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Chapman E, Edwards Z, Boland J, Maddocks M, Fettes L, Malia C, et al./Palliat Med/ 2020	53	Practice review: evidence based and effective management of pain in patients with advanced cancer.	Revisión sistemática y metaaná-lisis.	1	N/A	Esta revisión de la práctica, guiada por la metodología de revisión de alcance, se utilizó para determinar el alcance de la evidencia que respalda el uso de intervenciones en el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer avanzado. Se seleccionaron guías de organismos nacionales o internacionales, si describían el manejo del dolor en pacientes adultos con cáncer, y estaban escritas en los	Un opioide fuerte sigue siendo el fármaco de elección para tratar el dolor moderado o intenso. Los bisfosfonatos y la radioterapia también son efectivos para el dolor óseo relacionado con el cáncer. El manejo óptimo requiere un enfoque personalizado, apoyo para el autocontrol y revisión de los resultados del tratamiento. Es probable que haya un papel para los enfoques no farmacológicos. El paracetamol no debe usarse en pacientes que toman un opioide fuerte para tratar el dolor. No se recomiendan los medicamentos a base de cannabis. Los opioides débiles, la ketamina y la lidocaína están indicados solo en situaciones específicas. Las

						últimos cinco años en idioma inglés.	intervenciones comúnmente recomendadas por las guías no siempre están respaldadas por una sólida base de evidencia. Se requiere investigación para evaluar la eficacia de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, anticonvulsivos, antidepresivos, corticosteroides, algunas técnicas anestésicas invasivas, terapias complementarias y estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.
Cortijo X, Contreras R, Gutiérrez C, Cadena M, Cibrián T / Revista Biomédica/2020	54	Descripción y análisis de la sintomatolo-gía asociada al dolor en pacientes oncológicos en cuidados paliativos.	Estudio transversal, descriptivo y retrospec-tivo.	4	717 pacientes mujeres y hombres con diagnóstico oncológico en etapa de cuidados paliativos.	Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo realizado en el Centro Estatal de Cancerología en Xalapa, Veracruz. Inicialmente se incluyó la información de los expedientes clínicos de 717 mujeres y hombres pacientes con diagnóstico oncológico	Los tipos de cáncer más frecuente en mujeres fueron: mama, cervicouterino y aparato digestivo. En el caso de los hombres fueron el cáncer urológico, aparato digestivo y óseo. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la

						en etapa de cuidados paliativos. Se estudiaron: edad, sexo, diagnóstico, tipo de cuidador principal, consumo de medicamentos, así como la sintomatología del Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton.	reducción del dolor y la reducción del 50% de los síntomas. La atención, mediante los cuidados paliativos, contribuyó en la disminución de la sintomatología asociada al dolor posterior a la primera visita en los tipos de cáncer con mayor incidencia.
Haun M, Estel S, Rücker G, Friederich H, Villalobos M, Thomas M, et al./ Cochrane Database Syst. Rev./2017	55	Early palliative care for adults with advanced cancer.	Revisión sistemática y metaanáli-sis.	1	Pacientes con diagnóstico de una entidad tumoral maligna en un estadio avanzado.	Se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), Medline, Embase, el índice acumulativo de enfermería y aliados Health Literature (CINAHL), PsycINFO, OpenGrey (una base de datos de literatura gris) y tres registros de ensayos clínicos hasta octubre de 2016.	En comparación con la atención oncológica habitual/estándar sola, los cuidados paliativos tempranos mejoraron significativamente la calidad de vida relacionada con la salud.
Lee S, Choi H, Hyun M/Integr Cancer Ther/2019	56	An overview of systematic reviews:	Revisión bibliográfi-ca.	5	Pacientes oncológicos tratados con terapias complementa-	Se realizaron búsquedas en la biblioteca Cochrane y Medline desde su inicio hasta enero de 2018, para	Un total de 104 estudios se incluyeron en el análisis. La mayoría de los ensayos clínicos individuales incluidos se realizaron en

		complementary therapies for cancer patients.			rias. Sin restricciones de edad, sexo, etnia o el tipo de entorno.	identificar revisiones sistemáticas y metaanálisis de terapias complementarias disponibles para pacientes con cáncer. Se evaluaron metodológicamente los SR y MA finales, seleccionados por su calidad mediante la aplicación del instrumento Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews 2 (AMSTAR2). Dos revisores independientes realizaron la extracción de datos y las evaluaciones de riesgo de calidad.	China (48%) y Estados Unidos de América (26,9%). El cáncer de mama fue el tipo de cáncer más estudiado (25%), y la acupuntura fue la intervención más estudiada (21%). Los efectos secundarios del cáncer, como el dolor, la depresión y la fatiga, se manejaron de manera efectiva con terapias complementarias. Con el creciente interés por la investigación, las terapias complementarias se consideran beneficiosas para reducir los efectos secundarios, y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Las terapias complementarias se han estudiado para todos los tipos de cáncer, siendo la acupuntura la más investigada, independientemente del tipo de cáncer.

Lopes L, Sylvestre G, Manhães R, Pimentel de Carvalho S, Zuqui K, Costa M / Rev. Latino-Am/2020	57	Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: a systematic review.	Revisión bibliográfi-ca.	5	Pacientes ≥ 19 años, de ambos sexos, diagnosticados con cualquier tipo de malignidad en cuidados paliativos.	Una revisión sistemática guiada por elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis. La búsqueda de artículos en Medline, Isi Web de bases de datos Knowledge, Central Cochrane y PsycINFO, así como la búsqueda manual, selección de estudios, extracción de datos, y evaluación metodológica utilizando el Cochrane Bias.	Ochocientos quince estudios fueron identificados, siendo seleccionados y analizados seis de ellos, de los cuales tres usaron terapia de masaje, un estudio usó una combinación de relajación muscular progresiva e imágenes guiadas, y otros dos estudios utilizaron acupuntura. Mientras la evidencia de los estudios que evalúan el uso del masaje terapéutico o el uso de la relajación muscular progresiva y guiado por imágenes para el tratamiento del dolor oncológico, en estos pacientes demostraron beneficios significativos. Los otros dos estudios que evaluaron el uso de la acupuntura como terapia complementaria mostraron resultados contradictorios. Por lo tanto, se necesitan más estudios de investigación para dilucidar tales hallazgos.

Giannitrapani K, Holliday J, Miake-Lye I, Hempel S, Taylor S/Pain Med/2019	58	Synthesizing the strength of the evidence of complementary and integrative health therapies for pain.	Revisión sistemática y metaanálisis.	1	N/A	Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas y ECA en inglés en 11 bases de datos electrónicas. y revisiones publicadas previamente para cada tipo de CIH. Para sintetizar esa gran cantidad de literatura, se creó un "mapa de evidencia", o una presentación visual, del tamaño de la literatura y estimaciones amplias de la efectividad para el dolor.	Muchas revisiones sistemáticas cumplieron con los criterios de inclusión: acupuntura (86), masajes (38), técnicas de atención plena (11), y tai chi (21). La evidencia a favor de la acupuntura fue más fuerte y mayor para el dolor de cabeza y el dolor crónico. La atención plena, el masaje y el tai chi tienen efectos positivos estadísticamente significativos en algunos tipos de dolor. Sin embargo, no se pueden sacar conclusiones para muchos tipos de dolor, debido a las limitaciones metodológicas o a la falta de ECA. Existe evidencia suficiente para la acupuntura para varios tipos de dolor. Estudios individuales indican que el tai chi, la atención plena y el masaje pueden ser prometedores para múltiples tipos de dolor

							crónico. Se justifica que los ECA indiquen tai chi, atención plena y masajes para otros tipos de dolor.
Rhee T, Pawloski P, Parsons H/ Psychooncology/ 2019	59	Health-related quality of life among US adults with cancer: potential roles of complementary and alternative medicine for health promotion and well-being.	Estudio transversal.	4	Pacientes con cáncer que utilizaron terapias complementa-rias.	Se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (NHIS) de 2012, que representa a adultos no institucionalizados con cáncer (n = 2967 sin ponderar). Utilizando un diseño transversal con técnicas de muestreo de encuestas, se estimó la prevalencia del último año de uso de CAM. Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para investigar las probabilidades de los beneficios percibidos de la CAM.	El 35,1% de los adultos con cáncer informaron haber usado alguna forma de CAM en los últimos 12 meses. Entre los usuarios de CAM, el 56,0% usó CAM tanto para el tratamiento como para el bienestar, y el 32,4% usó CAM solo para el bienestar. Solo el 11,6% usó CAM solo para el tratamiento. Independientemente del motivo del uso, los tipos de CAM más utilizados en el último año fueron: terapias a base de hierbas (56,8 %), quiropráctica (27,1%) y masajes (24,9%). Entre los usuarios de CAM, aquellos que usaban CAM solo para el bienestar y para una combinación de tratamiento y bienestar

							informaron probabilidades significativamente más altas de "una mejor sensación de control de la salud" y "mejor salud general y sentirse mejor", en comparación con los usuarios de tratamiento solo.
Lam T, Lu L, Man L, Lisa L/BMC Complement Al-tern. Med/ 2017	60	A pilot randomized controlled trial of acupuncture at the si guan xue for cancer pain.	Ensayo piloto aleatorizado controlado.	2	42 pacientes con dolor oncológico de moderado a intenso.	Es un ensayo piloto controlado aleatorio simple ciego, 42 pacientes con dolor oncológico de moderado a intenso fueron asignados al azar con siete sesiones de tratamiento; es decir, el brazo de tratamiento 1 (el brazo si guan xue, n = 14), brazo de tratamiento 2 (el brazo si guan xue más puntos de acupuntura de uso común, n = 14) y el brazo de control (el brazo de puntos de acupuntura de uso común n = 14).	Los resultados primarios incluyeron acupuntura para aliviar el cáncer el dolor. Estos resultados indican que la acupuntura en el si guan xue, más los puntos de acupuntura de uso común, tiende a ser eficaz para reducir el dolor del cáncer. Sin embargo, el tamaño de la muestra era pequeño, y se justifica un futuro estudio multicéntrico con un tamaño de muestra más grande.

Dong B, Lin L, Chen Q, Qi Y, Wang F, Qian K, Tian L/ BMC Complement Altern. Med/2021	61	Wrist-ankle acupuncture has a positive effect on cancer pain: a meta-analysis.	Metaanáli-sis.	1	Pacientes adultos ≥18 años que fueron diagnosticados con cáncer y sufriendo de dolor, independiente-mente del estadio del cáncer y el tratamiento actual, fueron elegibles.	Se realizaron búsquedas en siete bases de datos digitales desde el inicio de las bases de datos hasta julio de 2020, incluidas CNKI, Wanfang, VIP, CBM, Biblioteca Cochrane, PubMed y Embase. Se encontraron ensayos controlados aleatorios que se ajustan y se examinaron y extrajeron los criterios de inclusión y exclusión; el riesgo de sesgo se evaluó mediante el Cochrane Criterios de colaboración.	Los resultados demostraron que la tasa de alivio del dolor del grupo experimental (Acupuntura muñeca-tobillo + fármaco intervención) fue mejor que la del grupo de control (intervención de fármacos analgésicos).
Yang J, Wahner-Roedler D, Zhou X, et al./ BMJ Supportive & Palliative Care/2021	62	Acupuncture for palliative cancer pain management: systematic review.	Revisión sistemática de estudios controlados aleatorizados.	3	Pacientes ≥18 años diagnosticados con cáncer, quienes recibieron terapia de acupuntura en establecimien-tos de cuidados paliativos.	Se realizaron búsquedas en múltiples bases académicas de datos desde el inicio hasta el 29 de octubre del 2020. Son ensayos controlados aleatorios. que involucran la acupuntura en cuidados paliativos. para el tratamiento del dolor relacionado con el cáncer. Los datos fueron	Se incluyeron cinco estudios en esta revisión sistemática. Los resultados indicaron un efecto favorable de la acupuntura en el alivio del dolor en cuidados paliativos para pacientes con cáncer. La acupuntura puede ser eficaz, y un tratamiento seguro asociado con la reducción del dolor en

						extraídos por dos revisores independientes, y la calidad metodológica de cada uno se evaluó utilizando el Centro de Oxford Basado en evidencia Medicina (OCEBM) Niveles 2011 de Evidencia.	cuidados paliativos de los pacientes con cáncer.
He Y, Guo X, May B, Zhang A, Liu Y, Lu C, et al./ JAMA Oncol/ 2020	63	Clinical evidence for association of acupuncture and acupressure with improved cancer pain: a systematic review and meta-analysis.	Revisión sistemática y metaanálisis.	1	N/A	Esta revisión sistemática y metaanálisis, con su protocolo revisado por pares publicado en línea, 43 centrado en ECA, que involucran acupuntura e intervenciones de acupresión para tratar la intensidad del dolor y dosis analgésica en pacientes con cáncer. La calidad de ECA se evaluó con el riesgo de la colaboración Cochrane herramienta de Sesgo.	Esta revisión sistemática y metaanálisis encontró que acupuntura y/o acupresión se asoció significativamente con una reducción del dolor por cáncer y disminución del uso de analgésicos, aunque el nivel de evidencia fue moderado. Este hallazgo sugiere que se necesitan ensayos más rigurosos para identificar la asociación de acupuntura y acupresión con tipos específicos de dolor por cáncer, e integrar dicha evidencia en la práctica clínica.

Mai Q, Li X, Yang D, Zhang X, Peng K, Hao Y/ Eur J Integr Med/2022	64	Effects of acupressure on cancer-related pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.	Revisión sistemática y metaanálisis.	1	2630 pacientes diagnosticados con cáncer que presentaban dolor.	Se realizaron búsquedas en siete bases de datos (CNKI, VIP, Wanfang Database, SINOMED, PubMed, Embase y The Cochrane Library), desde su inicio hasta noviembre de 2021, de ensayos controlados aleatorios (ECA) de acupresión utilizado para el dolor del cáncer.	Los resultados combinados mostraron que la acupresión tuvo mejores resultados en la tasa de remisión de la intensidad del dolor calidad de vida, satisfacción del paciente con la analgesia, en comparación con un grupo de control. Dos estudios mencionaron que la acupresión como tratamiento adyuvante podría reducir la dosis de analgésicos. Ningún estudio midió las reacciones adversas. El grupo de acupresión (incluida la acupresión auricular) pareció ser más eficaz que el control grupo para el dolor del cáncer. Sin embargo, los resultados no fueron concluyentes, debido a la evidencia débil y a la solidez metodológica. Todavía se necesitan ECA con cegamiento apropiado para reconfirmar los

							hallazgos de esta revisión.
Miake I, Mak S, Lee J, Luger T, Taylor S, Shanman R, Beroes-Severin J, Shekelle P/J Altern Complement Med/ 2019	65	Massage for pain: an evidence map.	Revisión bibliográ-fica.	5	N/A	Los autores buscaron en PubMed, Embase y Cochrane revisiones sistemáticas que informaran sobre los resultados del dolor para terapia de masaje. Los autores evaluaron la calidad de cada revisión. mediante la Evaluación de la metodología criterios de calidad de revisiones sistemáticas (AMSTAR). Los autores utilizaron un gráfico de burbujas para representar el número de artículos incluidos, indicación del dolor, efecto del masaje para el dolor y fuerza de los hallazgos para cada uno, con revisión sistemática incluida.	Las revisiones anteriores tienen conclusiones de baja solidez de la evidencia, porque fueron pocos los estudios primarios grandes. Se habían realizado muestras con métodos rigurosos, dejando vacíos de evidencia sobre el tipo de masaje específico para dolor específico. Los estudios primarios a menudo no brindan detalles adecuados de la terapia de masaje proporcionada, lo que limita la medida en que las revisiones pueden sacar conclusiones.

Calcagni N, Gana K, Quintard B/ Psychological and physical effects of manipulative and body-based practices/2019	66	A systematic review of complementary and alternative medicine in oncology: psychological and physical effects of manipulative and body-based practices.	Revisión sistemática de estudios controlados aleatorizados.	3	Estudios que incluyeron pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer.	Se realizó una revisión sistemática de la literatura sin restricción de idioma, tiempo, ubicación del cáncer o tipo, en los siguientes motores de búsqueda: PubMed, CENTRAL, PsycArticle, PsychInfo, Psicología y comportamiento. Se consultaron Sciences Collection y SOcINDEX. Los criterios de inclusión fueron cáncer en pacientes adultos y ensayos controlados aleatorizados, que evaluaran prácticas complementarias cuerpo-mente.	De 1624 artículos recuperados, se incluyeron 41 artículos: masaje (24), reflexología (11), acupresión (6). En general, 25 estudios mostraron efectos positivos y significativos en los resultados de los síntomas (frente a 9 que no lo hicieron), especialmente dolor y fatiga. Se encontraron resultados mixtos para calidad de vida (8 artículos que encontraron un efecto significativo frente a 10 que no) y estado de ánimo (14 artículos versus 13).
Gentile D, Boselli D, Yaguda S, Greiner R, Bailey-Dorton C/Int J Ther Massage Bodywork/2021	67	Pain improvement after healing touch and massage in breast cancer: an observational retrospective	Estudio de cohorte.	2	Pacientes ambulatorias de cáncer de mama.	El estudio fue observacional, retrospectivo, comparativo subanálisis. Se evaluó el dolor antes y después de la terapia; se calcularon las puntuaciones y las	Un total de 407 pacientes reportaron puntuaciones de dolor antes y después de la terapia, compuestas de 233 (57,3%) que recibieron toque terapéutico (HT) y 174 (42,8%) que recibieron

		study.				diferencias. Posterapia modelada por regresión logística dolor por modalidad, ajuste para preterapia dolor. Las proporciones que experimentan reducción del dolor ≥ 2 puntos (clínicamente significativa) se compararon con pruebas de chi-cuadrado.	masaje (MO). En la preterapia el dolor medio fue mayor en HT; en la posterapia el dolor medio se mantuvo más alto en HT que OM. La diferencia media en la reducción del dolor fue de 2,4, tanto para HT como para OM. Ambos HT y MO se asociaron con dolor reducido. Tanto la HT como la MO se asociaron con una mejoría del dolor clínicamente significativa. La investigación futura debe explorar actitudes hacia las modalidades y la potencial influencia del estadio del cáncer, y el tratamiento en el estado de autoselección de modalidad.

Anderson K, Downey M/Clin J Oncol Nurs/2021	68	Foot reflexology: an intervention for pain and nausea among inpatients with cancer.	Ensayo controlado aleatorizado, estudio piloto.	1b	43 participantes: mujeres mayores de 50 años.	Se realizó un estudio piloto con pacientes adultos con cáncer, hospitalizados en una unidad de oncología para pacientes hospitalizados, de 24 camas. Al usar un muestreo de conveniencia, 40 pacientes dieron su consentimiento y fueron aleatorizados en el grupo de intervención o control. Cada grupo tuvo una sesión de tratamiento de 20 a 25 minutos, en la que se completaron encuestas antes y después de la sesión, y solo se realizó reflexología en el grupo de intervención.	Los resultados muestran que la reflexología podal reduce significativamente el dolor de los pacientes hospitalizados con cáncer, en comparación con la atención de enfermería tradicional sola. Aunque los efectos sobre las náuseas no son estadísticamente significativos, pueden ser clínicamente relevantes; los cambios medios en las calificaciones de náuseas antes y después de la sesión indican al menos una disminución de las náuseas entre los pacientes del grupo de intervención.

Montgomery G, Sucala M, Baum T, Schnur J/ Int J Clin Exp Hypn/2017	69	Hypnosis for symptom control in cancer patients at the end-of-life: a systematic review.	Revisión sistemática y metaanálisis.	1	N/A	La búsqueda bibliográfica se centró en identificar estudios sobre el uso de la hipnosis para tratar la fatiga, los trastornos del sueño, el dolor, la pérdida de apetito o la disnea en el contexto del cáncer y la atención al final de la vida. Los estudios incluidos en la revisión se obtuvieron mediante una búsqueda sistemática en las bases de datos Embase, Medline, Cochrane, PsychINFO y Scopus, desde el inicio hasta el 7 de noviembre de 2016.	Los pacientes con cáncer al final de la vida enfrentan una carga de síntomas clínicamente significativa. A pesar de las ventajas asociadas con las intervenciones de hipnosis, incluida la flexibilidad del enfoque, la rentabilidad y la falta de sus propios efectos secundarios asociados o interacciones farmacológicas, la hipnosis no ha sido estudiada sistemáticamente para el manejo de los síntomas en pacientes con cáncer al final de la vida. Se necesitan estudios rigurosos futuros, para mejorar la calidad de vida al final de la vida de los pacientes con cáncer que lo necesitan.

Eaton L, Beck S, Jensen M/ Int J Clin Exp Hypn/ 2021	70	An audio-recorded hypnosis intervention for chronic pain management in cancer survivors: a randomized controlled pilot study.	Ensayo controlado aleatorizado, estudio piloto.	1b	40 sobrevivientes de cáncer con dolor crónico, que se consideró relacionado con el cáncer.	Este ensayo piloto de factibilidad, controlado aleatorio, fue con participantes asignados aleatoriamente a cuatro semanas de escuchar una grabación de hipnosis diariamente, o una condición de control de lista de espera. Evaluar la viabilidad de una sola grabación de hipnosis (a diferencia de un conjunto de diferentes grabaciones de hipnosis) es un enfoque simple para determinar cómo un solo conjunto de las mismas sugerencias podría ser beneficioso para los sobrevivientes de cáncer con dolor crónico.	A pesar de las limitaciones del estudio, los hallazgos respaldan la viabilidad y aceptabilidad de un ensayo clínico totalmente potenciado para evaluar la eficacia de las grabaciones de audio, para el tratamiento del dolor crónico en sobrevivientes de cáncer. Para el manejo del dolor crónico en la población adulta con cáncer, la investigación muestra que la hipnosis, en combinación con otros tratamientos puede reducir la gravedad del dolor, mientras que la evidencia prometedora existe a partir de dos ensayos piloto, en los que la hipnosis por sí sola reduce el dolor crónico en los sobrevivientes de cáncer.

Mendoza M, Capafons A, Gralow J, Syrjala K, Suárez-Rodríguez J, Fann J, et al. /Psychooncology/ 2017	71	Randomized controlled trial of the Valencia model of waking hypnosis plus CBT for pain, fatigue, and sleep management in patients with cancer and cancer survivors.	Ensayo clínico aleatorizado controlado cruzado.	1	89% mujeres con edad media de 61 años.	El estudio fue un ensayo clínico cruzado controlado aleatorizado, que comparó una condición de tratamiento (VMWH-CBT) con una condición de EC y ciego simple, en el que era necesario que los pacientes y el médico de intervención conocieran el orden de asignación de los pacientes, pero el personal de investigación que recopilaba las evaluaciones no lo sabía; conocer el orden de intervención de los participantes. Todos los participantes recibieron cuatro sesiones de ambos tratamientos, en orden contrabalanceado, dejando al menos una semana entre intervenciones.	Los participantes informaron una mejoría significativamente mayor después de recibir el tratamiento activo, en relación con la condición de control en todas las medidas de resultado. Las ganancias del tratamiento se mantuvieron a los tres meses de seguimiento. Este estudio respalda los efectos beneficiosos de la intervención VMWH-CBT en relación con una condición de control, y que las ganancias del tratamiento permanecen estables. Los médicos capacitados en VMWH-CBT deben estar accesibles para controlar los síntomas, tanto durante como después del tratamiento del cáncer, aunque los hallazgos deben replicarse en muestras más grandes de sobrevivientes de cáncer.

Carson J, Carson K, Olsen M, Sanders L, Westbrook K, Keefe F, et al./J Pain Symptom Manage/2021	72	Yoga practice predicts improvements in day-to-day pain in women with metastatic breast cancer.	Estudio de cohorte.	2	Los 48 pacientes fueron reclutados de la clínica de oncología Duke, y estaban recibiendo tratamiento para cáncer de mamá en estadio IV, con una edad ≥ 18 años, tenían una expectativa de vida ≥ 9 meses, según lo estimado por su oncólogo tratante.	En semanas alternas durante el período de intervención, se recopilaron medidas diarias de dolor de un subconjunto de 48 mujeres asignadas al azar a yoga o a una condición de grupo de apoyo. También se evaluó la duración diaria de la práctica de yoga entre los pacientes asignados al azar al yoga.	Los niveles de dolor fueron bajos para las mujeres en ambas condiciones, y no se encontraron efectos de tratamiento diferenciales en el dolor diario. Sin embargo, entre las mujeres asignadas al azar al yoga, se encontró una relación dosis/respuesta entre la duración de la práctica de yoga y el dolor diario. Cuando los pacientes habían pasado relativamente más tiempo practicando yoga durante dos días consecutivos, era más probable que experimentaran menos dolor al día siguiente. La práctica de la meditación mostró la asociación más fuerte con un dolor diario más bajo.
Mascaro J, Waller A, Wright L, Leonard T, Haack C, Waller E/ Integr Cancer Ther/2019	73	Individualized, single session yoga therapy to reduce physical and emotional	Estudio de casos y controles individuales.	3b	Pacientes hospitalizados con cáncer de sangre o linfático.	Pacientes hospitalizados, en tratamiento por cáncer hematológico, recibieron una sesión de terapia de yoga	La mayoría de las sesiones (87%) fueron completadas, y la mayoría de las sesiones inconclusas fueron

		symptoms in hospitalized hematological cancer patients.				individualizada de 40 minutos. Se evaluó la viabilidad y la aceptación, cuantificando el porcentaje de pacientes que abandonaron la sesión de yoga por dolor, malestar u otro motivo, y comparando la población de intervención con la composición demográfica de la unidad en general. Los síntomas informados por los pacientes fueron obtenidos antes y después de cada sesión, y se evaluó el cambio de síntomas agudos para toda la muestra y en submuestras, que eran menos propensos a utilizar intervenciones basadas en la atención plena, como el yoga	interrumpidas por un procedimiento médico, o porque el paciente cayó dormido. Ninguna sesión se detuvo antes de tiempo debido al dolor informado por los pacientes. Se informaron disminuciones significativas en todos los síntomas, con la mayor disminución de la fatiga y la ansiedad. La terapia de yoga fue un complemento no farmacológico factible y de eficaz intervención para pacientes hospitalizados que reciben tratamiento para el cáncer hematológico, incluido el trasplante de médula ósea.

Danhauer S, Addington E, Cohen L, Sohl S, Van Puymbroeck M, Albinati N, Culos-Reed S/ Cancer/2019	74	Yoga for symptom management in oncology: a review of the evidence base and future directions for research.	Revisión sistemática de estudios controlados aleatorizados.	3	N/A	Se hicieron búsquedas en CINAHL, Medline, PsycINFO y PubMed mediante los términos yoga, cáncer y títulos de temas médicos relacionados. Los criterios de inclusión fueron: 1) ensayo controlado aleatorizado (ECA) de yoga, incluidas posturas de yoga o técnicas de respiración; 2) muestra que incluye adultos con cáncer actual/pasado, independientemente del estado del tratamiento; y 3) publicaron resultados cuantitativos en revistas revisadas por pares en inglés hasta diciembre de 2017. Los ensayos se excluyeron si: 1) solo proporcionaron meditación; 2) se enseñó yoga como parte de un programa multimodal (por ejemplo, reducción del estrés basada en la atención plena); o 3)	Los ensayos controlados aleatorios realizados durante y después del tratamiento del cáncer proporcionan evidencia de la eficacia del yoga para mejorar la calidad de vida y la fatiga. El yoga tiene potencial para mejorar otros síntomas relacionados con el cáncer (por ejemplo, sueño, depresión, ansiedad, angustia, cognición) y biomarcadores de estrés e inflamación/inmunidad, pero se necesita más investigación.

						fueron diseñados principalmente para evaluar la factibilidad y/o aceptabilidad.	
Blake A, Wan B, Malek L, DeAngelis C, Diaz P, Lao N, et al./ Ann Palliat Med/2017	75	A selective review of medical cannabis in cancer pain management.	Revisión bibliográfica.	5	36 pacientes con cáncer avanzado.	Una búsqueda de literatura publicada en Medline entre 1975 y 2017, mediante el uso de palabras clave como "cannabis", “THC”, “CBD”, “Nabiximol”, “cáncer” y “dolor” fue realizado: hubo cinco estudios clínicos que evaluaron el efecto del THC o el CBD en el control del dolor del cáncer, para una revisión selectiva.	Hay evidencia que sugiere que el cannabis medicinal reduce el dolor crónico o neuropático en pacientes con cáncer avanzado. Sin embargo, los resultados de muchos estudios carecieron de poder estadístico, en algunos casos debido al número limitado de sujetos de estudio. Por lo tanto, existe la necesidad de realizar más ensayos clínicos doble ciego controlados con placebo con muestras de gran tamaño, con el fin de establecer la dosis óptima y la eficacia de diferentes terapias basadas en cannabis.

Wang L, Hong P, May C, Rehman Y, Oparin Y, Hong C, et al./ BMJ/2021	76	Medical cannabis or cannabinoids for chronic non-cancer and cancer related pain: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials.	Revisión sistemática y metaanálisis.	1	N/A	Se revisaron base de datos: Medline, Embase, AMED, PsycINFO, CENTRAL, CINAHL, PubMed, Web of Science, Cannabis-Med, Epistemonikos y registros de juicio hasta enero de 2021, de ensayos clínicos aleatorizados de cannabis medicinal o cannabinoides versus cualquier control sin cannabis para dolor crónico a ≥1 mes de seguimiento.	La evidencia de certeza moderada a alta, muestra que el cannabis medicinal no inhalado o cannabinoides resulta en una mejora pequeña a muy pequeña en alivio del dolor, funcionamiento físico y calidad del sueño entre los pacientes con dolor crónico, junto con varios efectos secundarios adversos transitorios, en comparación con placebo. La recomendación proporciona orientación contextualizada basado en este cuerpo de evidencia.
Rennie C, Irvine D, Huang E, Huang J/ Cancers/2022	77	Music therapy as a form of nonpharmacologic pain modulation in patients with cancer: a systematic review of the current literature.	Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados.	3	N/A	Es una revisión de ensayos controlados aleatorios para evaluar la efectividad de la musicoterapia en el desarrollo físico, cognitivo, y los resultados psicosociales para pacientes con cáncer solos o junto con la	De los 202 artículos inicialmente identificados, en 25 aleatorizados controlados los ensayos cumplieron los criterios de inclusión para la evaluación. De los 25 estudios, 23 (92,0%) informaron estadística y mejoras clínicamente significativas en las

						terapia estándar. Se realizaron búsquedas en PubMed/Medline, CINAHL y Cochrane Bases de datos de la biblioteca, para todos los artículos que cumplen los criterios de búsqueda hasta el momento de la extracción del artículo en mayo de 2022. Solo se incluyeron estudios publicados en inglés. Dos revisores extrajeron de forma independiente datos sobre las características de los participantes y de la intervención. Las principales variables de resultado incluyeron: dolor, ansiedad, calidad de vida, estado de ánimo, trastornos del sueño, fatiga, frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, y saturación de oxígeno.	variables de resultado. Dos de los estudios (8,00%) no encontraron ningún efecto positivo significativo de la musicoterapia en ninguna de las variables de resultados antes mencionadas. La musicoterapia, tanto como tratamiento independiente como cuando se usa junto con otros modalidades farmacológicas y no farmacológicas, tiene un efecto generalmente beneficioso en varios aspectos fisiológicos y psicosociales del cáncer.

Warth M, Zöller J, Köhler F, Aguilar-Raab C, Kessler J, Ditzen B/Curr Oncol Rep/2020	78	Psychosocial interventions for pain management in advanced cancer patients: a systematic review and meta-analysis.	Revisión sistemática y metaanálisis.	1	Pacientes con cáncer avanzado.	Se realizó una búsqueda sistemática utilizando las bases de datos electrónicas PubMed, PsycINFO y CINAHL. Se combinaron términos de búsqueda que describen intervenciones psicosociales con aquellos que se enfocan en atención en cuidados paliativos/cáncer avanzado, en ensayos clínicos (por ejemplo, al azar*) y en el dolor.	Los estudios incluidos investigaron los efectos de las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, la musicoterapia, las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación, y terapia grupal expresiva de apoyo. En general, se encontró un pequeño efecto significativo sobre la intensidad del dolor. Los tamaños del efecto fueron muy heterogéneos entre los estudios. No se encontraron pruebas de la superioridad de ninguno de los tipos de intervención. Sin embargo, las intervenciones psicosociales pueden ser más efectivas si se dirigieran específicamente a la angustia por el dolor como el resultado primario. Aunque los hallazgos fueron mixtos, se pueden recomendar

							intervenciones psicosociales para complementar la atención integral, para aliviar el dolor en pacientes que se enfrentan a una etapa avanzada o terminal de la enfermedad. La investigación futura debe desarrollar soluciones innovadoras, intervenciones diseñadas específicamente para el alivio del dolor.

Anexo 2. Propuesta de guía de apoyo para cuidadores de pacientes con cáncer en etapa avanzada

SETIEMBRE DE 2022

GUÍA DE APOYO PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER EN ETAPA AVANZADA

Implementación de Terapias Complementarias

Autora de la guía
Karen Cano Uriarte
Estudiante de Medicina y Cirugía

Índice

- Introducción
- Cuidadores
  a) Los cuidadores se clasifican como formales o informales
  b) Los cuidadores a menudo brindan atención a los pacientes con cáncer
  c) Necesidades de los cuidadores informales
  d) Las necesidades de los cuidadores cambian con el paso del tiempo
  e) Los cuidadores a veces tienen preguntas sobre el tratamiento y los efectos secundarios
  f) Los cuidadores también tienen necesidades emocionales, sociales y financieras
  g) Es posible que los cuidadores tengan algunas necesidades insatisfechas
  h) Durante la etapa final de la vida de un paciente con cáncer, el sufrimiento del cuidador aumenta
  i) Cargas del cuidador informal
  j) Los cuidadores quizás tengan dificultades para hacer frente a los aspectos emocionales y físicos del cuidado de una persona con cáncer
  k) En ocasiones, los cuidadores se sienten agobiados al atender a pacientes con cáncer
  l) Es posible que la carga del cuidador aumente por ciertos factores, como el sexo y la edad
  m) Formas de reducir la carga del cuidador informal
  n) Es posible que los cuidadores encuentren beneficios al atender una persona con cáncer
  o) Recomendaciones para los cuidadores
- Asuntos que debe saber sobre el cáncer y los enfoques de salud complementarios
- Atención complementaria para el dolor
  A. Hipnoterapia
  B. Técnicas Mente-Cuerpo
  C. Masaje
  D. Toque curativo/Toque terapéutico
  E. Terapia musical
- Referencias bibliográficas

Introducción

El cáncer es una enfermedad que por lo general no solo afecta a la persona enferma, sino que también a la persona que cuida de ella, así como a los seres queridos[1]. La persona que cuida del paciente en casa es referida como "persona cuidadora" o "cuidador"[1]. El cuidador es una pieza clave y fundamental en la atención del paciente. En muchos casos, esta persona será la que principalmente cuidará del paciente[1]. Por lo general, esta persona es la esposa, la pareja o un hijo adulto. En algunas ocasiones un amigo cercano ayudará, especialmente cuando ningún miembro de la familia esté disponible[1].

Los cuidadores o familiares enfrentan muchos desafíos cuando manejan el dolor de sus seres queridos, pero a pesar de esto, ser la persona encargada del cuidado del paciente ayuda en muchas ocasiones a lidiar con la tristeza y el impacto emocional de saber que su ser querido tiene cáncer[1]. Le permite mostrar su amor y respeto, y por supuesto, le hace sentir bien el ser útil y requerido. Pero puede ser que algunas personas no se sientan del todo bien al ser las que cuidan del paciente. Puede suceder que haya muchas razones para ello: que no haya una buena relación con el paciente, que estén ocupados con otros asuntos o que teman no hacer bien el trabajo de cuidar al paciente[1]. Los miembros de la familia. o los seres queridos que optan por no estar encargadas del cuidado de un paciente. pueden sentirse presionados o culpables, aún si tienen buenas razones que apoyen sus decisiones[1].

Si usted está considerando hacerse cargo del cuidado de un paciente, necesita abordar con honestidad sus sentimientos. Asumir esta responsabilidad con sentimientos mixtos puede más adelante resultar en una gran frustración. Hable sobre sus limitaciones tan pronto como sea posible, antes de que se conviertan en un problema. De esta manera, usted y el paciente pueden hacer otros planes para el cuidado, si es necesario[1].

Hay una falta de claridad en las recomendaciones sobre cómo preparar a los cuidadores en el manejo del dolor; por esta razón es importante evaluar las intervenciones existentes que apoyan a los cuidadores familiares en el manejo del dolor de los pacientes.

Uno de los síntomas de los pacientes con cáncer en etapa avanzada es el dolor. Este síntoma en muchas ocasiones no mejora, a pesar del tratamiento farmacológico. Por esta razón, es importante fomentar la implementación de terapias complementarias, en conjunto con la terapia farmacológica para el manejo del dolor.

Con esta guía, se pretende desarrollar una ayuda para la toma de decisiones, basada en la evidencia para cuidadores y pacientes con cáncer, y así ayudar a guiarlos en el uso de medicina complementaria y alternativa para el cuidado del cáncer. Es primordial enfatizar en la importancia de la información confiable sobre estas terapias.

Cuidadores

a) Los cuidadores se clasifican como formales o informales

Por lo general, un cuidador informal es un pariente o amigo que a veces vive con la persona a la que atiende. Un cuidador formal, por ejemplo. un enfermero, recibe un pago y está entrenado para atender pacientes. Los cuidadores formales e informales ayudan de muchas formas a las personas con cáncer durante y después del tratamiento[2].

b) Los cuidadores a menudo brindan atención a los pacientes con cáncer

Un cuidador es alguien que ayuda con las necesidades cotidianas de otra persona. En ocasiones hace las siguientes actividades:

- Proporcionar ayuda con los cuidados personales, como bañarse, vestirse o afeitarse.
- Realizar las tareas del hogar, como limpiar, cocinar o lavar la ropa.
- Gestionar los asuntos financieros de la persona.
- Planificar la atención y servicios.
- Visitar a menudo a la persona con cáncer[2].

Es posible que el cuidado también se proporcione a larga distancia, por ejemplo, al planificar las citas, la atención y los servicios por teléfono o correo electrónico[2].

c) Necesidades de los cuidadores informales

- Las necesidades de los cuidadores cambian con el paso del tiempo.
- Los cuidadores a veces tienen preguntas sobre el tratamiento y los efectos secundarios, la manera de encontrar recursos útiles y la forma de cuidar de sí mismos.
- Los cuidadores también tienen necesidades emocionales, sociales y financieras.
- Es posible que los cuidadores tengan algunas necesidades insatisfechas cuando el paciente se convierte en un sobreviviente de cáncer.
- Durante la etapa final de la vida de un paciente con cáncer, el sufrimiento del cuidador aumenta[2].

d) Las necesidades de los cuidadores cambian con el paso del tiempo

Las necesidades de los cuidadores cambian a medida que la persona con cáncer pasa del período de detección al de diagnóstico, luego al de tratamiento y a la supervivencia a largo plazo o a la etapa final de la vida. La mayoría de los cuidadores se preocupan y necesitan información durante el proceso del paciente con cáncer[2].

e) Los cuidadores a veces tienen preguntas sobre el tratamiento y los efectos secundarios, la manera de encontrar recursos útiles y la forma de cuidar de sí mismos

Una de las solicitudes de los cuidadores es que se les proporcione información. Quizás le pregunten al personal de salud sobre los siguientes aspectos:

- El cáncer. ¿Qué me puede decir sobre el tipo de cáncer que tiene el paciente?
- Riesgos y beneficios. ¿Cuáles son los riesgos y beneficios del tratamiento?

- Efectos secundarios. ¿Cómo atiendo los efectos secundarios que el paciente tenga en el hogar?
- Servicios médicos y de enfermería. ¿Cómo pongo una inyección? ¿Cómo preparo la alimentación por sonda?
- Recuperación. ¿Cuánto tiempo tardará el paciente en recuperarse?
- Terapias complementarias y alternativas. ¿Debo consultar con usted antes de usar una terapia de medicina complementaria y alternativa? ¿Qué terapias de medicina complementaria y alternativa son útiles?
- Cuidar de sí mismo. ¿Qué puedo hacer para cuidar de mí mismo mientras atiendo al paciente?
- Emociones de los pacientes y los cuidadores. ¿De qué forma podemos abordar lo que sentimos?
- Recursos comunitarios locales. ¿Cuáles son algunos de los recursos locales a los que puedo recurrir?[2].

f) Los cuidadores también tienen necesidades emocionales, sociales y financieras

Los cuidadores necesitan apoyo para sí mismos, incluso ayuda con los siguientes aspectos:

- Controlar el miedo por la afección del paciente con cáncer y la preocupación por el futuro.
- Mantenerse al día con el trabajo.
- Encontrar tiempo para estar con amigos y familia.
- Pagar las facturas[2].

g) Es posible que los cuidadores tengan algunas necesidades insatisfechas cuando el paciente se convierte en un sobreviviente de cáncer

Cuando el paciente de cáncer se convierte en un sobreviviente de cáncer, las necesidades de un cuidador disminuyen, pero quizás las preocupaciones continúen[2]. Las causas de preocupación de algunos cuidadores de sobrevivientes de cáncer son las siguientes:

- Miedo a que el cáncer vuelva.
- Cómo reducir el estrés en la vida del sobreviviente.
- Cómo comprender la experiencia del sobreviviente[2].

h) Durante la etapa final de la vida de un paciente con cáncer, el sufrimiento del cuidador aumenta

Los cuidadores de pacientes que se acercan a la etapa final de la vida a menudo tienen una calidad de vida mental y física inferior a la esperada[2]. El sufrimiento del cuidador y la cantidad de necesidades insatisfechas aumentan a medida que se acerca el final de la vida del paciente[2].

La atención en un programa de cuidados paliativos a veces les proporciona, a los cuidadores y pacientes con cáncer, el apoyo que necesitan. Los cuidadores a menudo sienten alivio gracias a la alta calidad de los cuidados terminales que proporcionan los centros de cuidados paliativos, y el respeto que se les tiene a los objetivos del paciente[2].

i) Cargas del cuidador informal

- Los cuidadores quizás tengan dificultades para hacer frente a los aspectos emocionales y físicos del cuidado de una persona con cáncer.
- En ocasiones, los cuidadores se sienten agobiados al atender a pacientes con cáncer.
- Es posible que la carga del cuidador aumente por ciertos factores, como el sexo y la edad[2].

j) Los cuidadores quizás tengan dificultades para hacer frente a los aspectos emocionales y físicos del cuidado de una persona con cáncer

Es fácil sentirse abrumado como cuidador. Los cuidadores a veces se sienten inquietos después de escuchar el diagnóstico de cáncer o que el cáncer regresó[2]. Es posible que sea difícil brindar apoyo y mantener una actitud positiva, si existe incertidumbre sobre el futuro del paciente o si el paciente está sufriendo[2]. En ocasiones, es difícil para el cuidador mantener el equilibrio entre los aspectos prácticos de la atención al paciente, como las tareas del hogar y las citas médicas, y su trabajo. El paciente también se preocupa por estos asuntos, pero la principal preocupación de él y la del cuidador a veces no es la misma, lo que tal vez cause más estrés[2].

k) En ocasiones, los cuidadores se sienten agobiados al atender a pacientes con cáncer

La carga del cuidado es el estrés o la tensión que siente la persona que cuida al familiar o amigo que necesita ayuda durante un tratamiento o una enfermedad[2]. Se siente una carga cuando las exigencias del cuidado superan los recursos disponibles para el cuidador[2]. A veces, estas exigencias provocan efectos negativos en el cuidador, como por ejemplo los siguientes:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Disminución de la calidad de vida[2].

l) Es posible que la carga del cuidador aumente por ciertos factores, como el sexo y la edad

Los siguientes factores tal vez aumenten la carga del cuidador:

- **Sexo femenino.** Es más probable que las mujeres presenten carga del cuidador.
- **Edad.** La carga del cuidador se presenta a cualquier edad, pero aumenta en los cuidadores más jóvenes y en los mayores.

- **Cuidadores mayores.** Los cuidadores mayores tienen riesgo de sufrir la carga del cuidador cuando presentan las siguientes situaciones:
    - Problemas de salud propios que descuidan.
    - Ingresos fijos.
    - Pocas conexiones de apoyo social.
    - Menos tiempo para hacer ejercicio.
    - Dificultad para recordar tomar sus propios medicamentos.
    - Fatiga por falta de sueño.
    - Es común que, en las personas mayores, el brindar cuidados produzca depresión, mala salud y hasta incluso la muerte[2].
- **Cuidadores de mediana edad.** Los cuidadores de mediana edad a menudo tienen que ausentarse de su jornada laboral o parte de esta[2]. Algunos incluso necesitan pedir una licencia[2].
- **Cuidadores más jóvenes.** Los cuidadores más jóvenes a menudo hacen malabares con el trabajo y sus propias obligaciones familiares[2]. También es posible que tengan que renunciar a una parte de su vida social[2].

- **Raza y etnia.** Las personas abordan la prestación de cuidados a su manera según la raza y la cultura.
    - **Cuidadores asiáticos americanos.** Los cuidadores asiáticos americanos a menudo brindan más horas de cuidado que los blancos, los afroamericanos y los hispanos[2]. También usan menos servicios de apoyo, suelen tener menos recursos financieros, niveles más bajos de educación y grados más altos de depresión que otros grupos de cuidadores[2]. Las personas asiáticas americanas a veces no hablan sobre la muerte porque creen que trae mala suerte. Esto, a veces, dificulta que los proveedores de atención de la salud hablen con ellos sobre el pronóstico y la atención dentro de un programa de cuidados paliativos[2]. Mantener en secreto un diagnóstico de cáncer de un paciente, y evitar conversaciones sobre la enfermedad, en ocasiones aumenta la sensación de carga y responsabilidad del cuidador[2].

- **Cuidadores hispanos y afroamericanos.** Los cuidadores hispanos y afroamericanos tienen a menudo fuertes lazos familiares, lo que a veces evita que busquen ayuda fuera de su familia[2]. Como resultado, es posible que no utilicen los recursos de salud locales, como el asesoramiento, los grupos de apoyo, la atención domiciliaria, la atención a largo plazo y los servicios de los programas de cuidados paliativos[2]. Por lo general, tienen niveles más altos de tensión emocional provocada por el cuidado, un ingreso familiar más bajo, y es más probable que reduzcan sus horas de trabajo, en comparación con los cuidadores blancos[2].

- **Nivel socioeconómico.** El nivel socioeconómico es la condición social o la clase social de una persona que se mide por la educación, los ingresos y el trabajo que realiza[2]. Las personas con un nivel socioeconómico más bajo quizás tengan menos acceso a recursos y ayuda financiera[2]. Es probable que el contar con ingresos más bajos y menos opciones financieras, haga que los pacientes tomen decisiones relacionadas con el tratamiento diferentes a las que el médico receta[2].
- **Ocupación.** Es posible que los cuidadores necesiten hacer cambios en su horario de trabajo, modificar sus obligaciones o tomarse tiempo libre, remunerado o no remunerado[2]. Cuando el cuidador no está concentrado, no puede avanzar con el trabajo, lo que a veces causa ansiedad y depresión. Es más probable que las mujeres que trabajan se sientan agobiadas[2].

- **Tensión producida por la función.** A veces un cuidador tiene otras funciones, como la de cónyuge, padre, hijo, amigo, empleado o estudiante[2]. El conflicto entre los derechos, deberes y comportamientos de una función y otra función diferente causa tensión[2]. Cuando los cuidadores desempeñan más de una función, a veces se sienten estresados[2]. Sin embargo, muchas de las funciones no siempre generan estrés. Por ejemplo, cuando un cuidador va a trabajar, se puede beneficiar del apoyo del empleador y de los compañeros de trabajo, así como del tiempo que pasa alejado de la función de cuidador[2].
- **Lugar donde se brinda la atención.** En ocasiones, los cuidadores tienen más carga cuando el paciente con cáncer sale del hospital y vuelve a casa[2]. El cuidador ahora debe ayudar a controlar los síntomas del paciente, y es posible que se sienta inseguro del pronóstico o la probable diseminación del cáncer[2]. Las visitas de enfermeros de atención

domiciliaria quizás ayuden a reducir esta carga[2]. Los cambios repentinos relacionados con el lugar donde se brinda la atención, como el regreso al hospital, también aumentan la carga del cuidador[2].

- **Características de los pacientes.** Es posible que los cuidadores sientan más carga cuando el paciente tiene una salud mental y física precaria, como por ejemplo ansiedad y depresión[2]. Una calidad de vida deficiente del paciente también puede aumentar la carga del cuidador[2].

m) Formas de reducir la carga del cuidador informal y aumentar el crecimiento personal

Hay muchas formas de ayudar a reducir la carga del cuidador. Las siguientes terapias o habilidades la previenen o la reducen:

- **Terapia cognitivo conductual.** Este tipo de terapia ayuda a cambiar la forma en que un cuidador piensa y se siente sobre ciertas situaciones[3]. En varios estudios para entrenar cuidadores en el afrontamiento del dolor, los resultados mostraron mejoras en los síntomas de angustia, percepciones de manejo del dolor y autoeficacia del cuidador familiar[3].
- **Terapias de medicina complementaria y alternativa.** Se dispone de muchas opciones para ayudar a los cuidadores a controlar el estrés y la ansiedad. Por ejemplo, las imágenes guiadas, la terapia de masaje o el toque curativo[2].
- **Terapia familiar o de pareja**. Asesoramiento que ayuda a las familias a resolver los problemas de una manera que las fortalezca[2].
- **Terapia interpersonal.** Asesoramiento individualizado que se centra en las relaciones con otras personas, para reducir la carga del cuidado[2].
- **Resolución de problemas y desarrollo de habilidades.** Ayuda que se brinda al cuidador para que desarrolle habilidades, como las siguientes:
    - Evaluar y controlar los síntomas del paciente.
    - Identificar soluciones para los problemas del cuidado.
    - Mejorar la capacidad del cuidador, para hacer frente a las funciones y responsabilidades del cuidado del paciente con cáncer[2].

- **Psicoeducación.** Ayuda que se brinda a los cuidadores para que se adapten mejor a su nueva función, proporcionándoles información sobre los siguientes aspectos:
    - Diagnóstico.
    - Pronóstico.
    - Afrontamiento.
    - Cuidado personal o cuidados en el hogar.
    - Efectos en las parejas y las familias.
    - Atención hospitalaria.
    - Seguimiento y recuperación[2].

En diversos estudios, donde se aplican estas intervenciones educativas, los resultados muestran que estos tipos de intervenciones mejoran tanto los resultados de los pacientes (mejoría del dolor, adherencia a los analgésicos, funciones, calidad de vida, costos de salud y creencias en el manejo del dolor) como los resultados de los cuidadores familiares (adherencia a los analgésicos, conocimiento, autoeficacia, menos preocupaciones sobre el manejo del dolor, y calidad de vida)[3].

- **Cuidados paliativos.** Uso de los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida del paciente. Cuando mejora la calidad de vida del paciente, el cuidador a menudo se siente menos agobiado[2].
- **Terapia de apoyo.** Tipo de terapia que aborda las necesidades emocionales de los cuidadores[2].

Si bien el cuidador puede usar la mayoría de estas terapias o habilidades en cualquier momento durante el proceso del paciente con cáncer, estas son más útiles cuando el paciente recibe cuidados paliativos o durante la etapa final de la vida, para reducir la carga del cuidador[2].

n) Es posible que los cuidadores encuentren beneficios al atender una persona con cáncer

Cuidar de alguien con cáncer puede conducir al crecimiento personal[2]. La reducción de la carga del cuidador aumenta los efectos positivos del cuidado, lo que a menudo conduce al crecimiento personal en las siguientes áreas:

- **Aceptación.** Adaptarse a situaciones que no se pueden cambiar.
- **Familia.** Sentir un vínculo más estrecho con la familia.
- **Aprecio.** Ser consciente del amor y el apoyo, y tener mayor alegría de vivir.
- **Replanteamiento de prioridades.** Dar un nuevo orden de importancia a las prioridades de la vida.
- **Aumento de la fe.** Tener un mayor sentido de cercanía a Dios y prácticas espirituales renovadas.
- **Empatía.** Comprender y sentir lo que sienten los demás.
- **Autoimagen positiva.** Sentirse bien consigo mismo.
- **Mejores hábitos de salud.** Tener una alimentación saludable, hacer más ejercicio y estar al día con los controles médicos[2].

o) Recomendaciones para cuidadores

- ✓ Procure descansar adecuadamente.
- ✓ Programe que algún familiar o amigo pueda, cada cierto tiempo, cuidar al paciente y tómese un descanso.
- ✓ Utilice ese tiempo para hacer alguna actividad que le permita relajarse, como hacer ejercicio, visitar amigos o ir de compras.
- ✓ Mientras esté fuera, el paciente con cáncer probablemente disfrutará de tener a alguien más con quien hablar y se sentirá renovado cuando regrese.
- ✓ Procure mantener una alimentación adecuada
- ✓ Pida ayuda: la carga del hogar, hospital y el cuidado del paciente es abrumadora.
- ✓ Si cree conveniente, le sugerimos solicitar ayuda a familiares o amigos en actividades cotidianas como la cocina, lavandería, entre otros[4].

Asuntos que debe saber sobre el cáncer y los enfoques de salud complementarios

Los enfoques de salud complementarios pueden desempeñar un papel en la atención del cáncer, pero usarlos de manera inapropiada puede ser perjudicial[5]. Aquí hay siete temas que debe saber sobre el cáncer y los enfoques de salud complementarios.

1. **Si tiene cáncer, hable con su proveedor de atención médica antes de usar cualquier enfoque de salud complementario.** Algunos productos o prácticas pueden interferir con el tratamiento convencional del cáncer o tener otros riesgos. Por ejemplo, algunos suplementos a base de hierbas pueden interactuar de modo dañino con los medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer[5].
2. **No se ha demostrado que ningún enfoque complementario cure el cáncer o haga que entre en remisión.** Los productos o prácticas aprobados no deben usarse para reemplazar o retrasar el tratamiento médico para el cáncer. Retrasar el tratamiento puede disminuir las posibilidades de remisión o cura[5].
3. **Algunos enfoques de salud complementarios psicológicos o físicos (también llamados prácticas de mente y cuerpo) pueden ayudar a las personas a controlar los síntomas del cáncer o los efectos secundarios del tratamiento, como náuseas, dolor, fatiga y depresión.** Las prácticas que se han mostrado prometedoras incluyen la acupuntura, la hipnosis, las intervenciones basadas en la atención plena, el tai chi/qi gi gong y el yoga[5].
4. **No está claro si los suplementos dietéticos que contienen jengibre son útiles para las náuseas asociadas con la quimioterapia contra el cáncer.** Los estudios han tenido resultados mixtos[5].
5. **Usar ungüentos negros para el autotratamiento del cáncer de piel es una mala idea.** Es posible que estos productos no eliminen todo el cáncer, lo que puede permitir que se propague y se vuelva más grave. También pueden causar cicatrices y daños en los tejidos, que a veces son graves y desfigurantes[5].
6. **No se ha demostrado que los suplementos dietéticos prevengan el cáncer.** Sin embargo, existen otras formas de reducir el riesgo de cáncer. Incluyen tomar decisiones saludables, como evitar el tabaco y mantener un peso saludable, recibir las

vacunas recomendadas contra la hepatitis B y el virus del papiloma humano (VPH) y hacerse las pruebas de detección de cáncer adecuadas[5].

7. La acupuntura, la reflexología o la acupresión pueden ser útiles para **el dolor del cáncer**, y también se ha demostrado que la acupuntura alivia el dolor articular causado por el tratamiento con inhibidores de la aromatasa[5]. La hipnoterapia puede reducir el dolor asociado con los procedimientos utilizados en el diagnóstico o tratamiento del cáncer. La terapia de masaje puede ser útil para los pacientes que tienen dolor durante los cuidados paliativos o de hospicio[5].

Atención complementaria para el dolor

Durante el tratamiento del cáncer, su familiar o paciente puede experimentar dolor en ocasiones[6]. A veces ese dolor tiene que ver con el cáncer mismo. Pero la mayoría de las veces, el dolor está relacionado con intervenciones y procedimientos médicos, como diferentes tipos de pinchazos[6]. El tratamiento habitual para este tipo de dolor consiste en analgésicos (desde paracetamol hasta morfina, según el grado de dolor) y/o terapia cognitivo conductual para tolerar mejor el dolor y controlar la ansiedad[6].

Además de estos métodos habituales, existen métodos complementarios que se pueden utilizar contra el dolor. Entre las terapias complementarias más utilizadas podemos mencionar:

- Hipnoterapia
- Técnicas Mente-Cuerpo
- Masaje
- Toque curativo / Toque terapéutico
- Terapia musical.

A. Hipnoterapia

¿Qué es?

La hipnoterapia es mejor, en comparación con soñar despierto[6]. Por ejemplo, el terapeuta ayuda al paciente a imaginar un lugar donde se sienta cómodo y seguro. El paciente también puede operar mentalmente un "interruptor de dolor"[6]. Además, enseña varios ejercicios de respiración y relajación. También usted puede hacer los ejercicios en casa con algunas instrucciones[6].

¿Cuándo y para quién funciona?

Funciona para ansiedad y estrés por dolor durante pinchazos e intervenciones, y para dolor crónico[6]. Está indicado desde niños a partir de seis años con buena concentración e imaginación hasta la edad adulta[6]. La sensibilidad a la hipnosis aumenta el efecto. Los pacientes duermen y se sienten mejor, y están menos ansiosos o tristes. Los ejercicios son fáciles de aprender para los cuidadores, y se pueden aplicar en casa[6].

¿Es segura?

Prácticamente no tiene efectos secundarios y es segura para usarla[6].

¿Cómo puede aplicarla?

El paciente puede hacer los ejercicios:

- Junto con un hipnoterapeuta.
- Hágalo usted mismo, escuchando una aplicación o un CD con ejercicios de visualización.
- Hágalo usted mismo o junto a usted después de la explicación de un hipnoterapeuta, enfermera o empleado pedagógico[6].

B. Técnicas Mente-cuerpo

¿Qué son?

Las técnicas mente-cuerpo aprovechan la interacción entre mente y cuerpo: al calmar la mente, el cuerpo también se relaja[6]. Son bien conocidos los ejercicios de relajación y respiración, los ejercicios de visualización, el yoga, los ejercicios de meditación (como el mindfulness) y el biofeedback. A menudo implica una combinación de diferentes técnicas de mente y cuerpo[6].

¿Cuándo y para quién funcionan?

Los ejercicios de mente y cuerpo a veces pueden funcionar para el dolor durante los pinchazos y las intervenciones durante el tratamiento y, a veces, también para el dolor asociado con la ansiedad y el estrés[6].

La experiencia en la práctica es la que hace que los pacientes se sientan mejor, duerman mejor, obtengan una mejor condición física, a veces tengan menos náuseas y que el sistema inmunológico parezca estar fortalecido[6]. Son un buen complemento para, por ejemplo, la fisioterapia. El movimiento consciente (como el yoga) depende de la condición física del paciente[6].

¿Es seguro?

Los ejercicios de mente y cuerpo no causan ningún efecto secundario conocido[6].

¿Cómo puede aplicarlo?

Puede hacer los ejercicios:

- Hacerlo junto a una enfermera, un pedagogo o un psicólogo dentro o fuera del hospital.
- Hágalo usted mismo escuchando una aplicación o CD con ejercicios de mente y cuerpo.
- Hágalo usted mismo o junto a usted después de la explicación de una enfermera u otro

profesional[6].

C. Masaje

¿Qué es?

En el masaje, el terapeuta o la enfermera aplica una presión suave en el cuerpo del paciente frotando, acariciando o amasando sistemáticamente la piel[6]. Por lo general, el masaje está destinado a la relajación. Se puede administrar con o sin aceite de masaje[6]. Los pacientes con cáncer reciben principalmente métodos de masaje simples: masaje de manos y pies, masaje de cuello y hombros o acupresión (masaje de puntos de presión derivado de la acupuntura)[6].

¿Cuándo y para quién funciona?

Existe alguna evidencia de que puede reducir la medicación para el dolor durante los procedimientos (como diferentes tipos de pinchazos) y que ayuda con las náuseas y la fatiga[6]. La experiencia práctica demuestra que también puede aliviar el dolor óseo y muscular como resultado del tratamiento del cáncer[6]. La ansiedad y el estrés asociados con el dolor pueden disminuir, y puede ser una buena recompensa después del ejercicio de la terapia de ejercicios[6]. Además, se pueden dar masajes para la ansiedad, la depresión y los problemas para dormir[6].

El masaje se puede dar en cualquier etapa del tratamiento, para todas las edades[6]. Los cuidadores pueden aprender a dar masajes a sus familiares o pacientes con bastante facilidad[6]. Recibir un masaje usted mismo como familiar puede ayudarlo a sentirse menos ansioso por la enfermedad[6].

¿Es seguro?

En principio, el masaje es seguro, a menos que se dé sobre la piel dañada, sobre y alrededor de heridas, con linfedema y alrededor del tumor[6]. Cuando se reduce la coagulación de la

sangre (menos plaquetas) como resultado de la quimioterapia, el masaje podría aumentar el riesgo de sangrado. Infórmese con un experto antes de comenzar a darse masajes usted mismo[6].

¿Cómo puede aplicarlo?

El masaje se puede dar de varias formas:

- Por fisioterapeutas o enfermeras en el hospital.
- Por masajistas, generalmente fuera del hospital.
- Por usted, después de la instrucción de, por ejemplo, una enfermera o un masajista[6].

D. Toque curativo / Toque terapéutico

¿Qué es?

Con el toque curativo/toque terapéutico, el terapeuta o la enfermera intenta restaurar el equilibrio energético del paciente[6]. El principio básico es que las personas también consisten en energía y que la enfermedad altera el equilibrio en el campo energético[6]. Consiste en una serie de movimientos sencillos de la mano, a veces tocando y a veces no, según la situación y los deseos del paciente[6].

¿Cuándo y para quién funciona?

El toque curativo/toque terapéutico podría causar menos dolor, estrés y fatiga alrededor de la quimioterapia y/o la radiación[6]. La edad no importa. La experiencia práctica es que puede ayudar con varios tipos de dolor, con la ansiedad y el estrés asociados con el dolor[6]. También se usa para la ansiedad en general y la depresión, y ayuda a los pacientes a dormir mejor[6]. Se puede administrar en cualquier etapa del tratamiento[6]. El toque curativo/toque terapéutico está especialmente indicado para pacientes que prefieren no ser tocados, con piel sensible o con riesgo de sangrado como consecuencia de la quimioterapia[6].

¿Es seguro?

No hay efectos secundarios conocidos. Algunos pacientes pueden objetar por razones religiosas[6].

¿Cómo puedes aplicarlo?

El toque curativo/toque terapéutico se puede dar de varias maneras:

- Por enfermeras capacitadas, dentro o fuera del hospital.
- Por terapeutas de toque curativo/toque terapéutico, generalmente fuera del hospital.
- Por usted, después de un curso de varios días[6].

E. Terapia musical

¿Qué es?

La musicoterapia es una forma no verbal de ayudar a los pacientes a expresar sus sentimientos, mejorar su estado de ánimo o moverse más fácilmente[6]. Se puede animar a los pacientes a que hagan música ellos mismos (activamente), pero también pueden escuchar música (pasivamente)[6].

¿Cuándo y para quién funciona?

La musicoterapia puede ayudar con el dolor durante la cirugía, especialmente durante y después de las punciones lumbares[6]. La experiencia en la práctica es que la música también puede aliviar otros tipos de dolor[6]. Esto se aplica a todas las fases del tratamiento y a todas las edades. Al escuchar música, los pacientes experimentan menos ansiedad, duermen mejor y tienen menos náuseas[6].

¿Es seguro?

No hay efectos secundarios conocidos[6].

¿Cómo puede aplicarla?

La musicoterapia se puede administrar de varias formas:

- Por un musicoterapeuta dentro o fuera del hospital.
- Por enfermeros o personal pedagógico del hospital capacitados en el trabajo con la música.
- Usted y familiar o paciente cuando se trata de escuchar su propia música favorita[6].

Referencias bibliográficas

1. American Cancer Society [Internet] Atlanta: American Cancer Society; 2020 [consultado el 12 de setiembre del 2022]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/tratamiento/personas-que-atienden-a-la-persona-con-cancer.html
2. National Cancer Institute [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2022 [consultado el 12 de setiembre del 2022]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/familia-y-amigos/familiares-a-cargo-pdq
3. Chi N, Barani E, Fu Y, Nakad L, Gilbertson-White S, Herr K, Saeidzadeh S. Interventions to support family caregivers in pain management: a systematic review. J Pain Symptom Manage [Internet] 2020 [citado el 12 de setiembre del 2022]; 60(3): 630-656. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.014.
4. Organización Panamericana de la Salud. Guía de cuidados paliativos para padres y cuidadores de niños con cáncer. Estados Unidos de América: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; 2020.
5. National Center for Complementary and Integrative Health [Internet] Bethesda: NIH; 2021 [Consultado el 12 de setiembre del 2022]. 6 things you need to know about cancer and complementary health approaches [1 pantalla aprox]. Disponible en: https://www.nccih.nih.gov/health/tips/things-you-need-to-know-about-cancer-and-complementary-health-approaches
6. Jong M, Boers I, Van Wietmarschen H, Busch M, Naafs M, Kaspers G, Tissing W. Development of an evidence-based decision aid on complementary and alternative medicine (CAM) and pain for parents of children with cancer. Support Care Cancer. [Internet]; 2020 [citado el 12 de setiembre del 2022]; 28(5): 2415-2429. DOI: 10.1007/s00520-019-05058-8.