



Cuidados paliativos al paciente oncológico terminal

Jim Alex González Consuegra.

Especialista en Medicina general integral. Dirección General de Salud en Fomento. Aspirante a Investigador. Profesor instructor.

Autor para la correspondencia: jimalex@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: los pacientes oncológicos cuando llegan a la fase terminal de la enfermedad, requieren de los cuidados paliativos. Estos procedimientos consisten en el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físicos, psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes. Objetivo: caracterizar los cuidados paliativos en los pacientes oncológicos terminales. Método: se realizó una revisión bibliográfica con relación al tema contando con un total de 24 bibliografías. Se utilizaron artículos científicos en inglés y español, disponibles en bases de datos como: Scielo, PubMed, Elsevier y en el motor de búsqueda de Google Académico. Desarrollo: Los cuidados paliativos en pacientes oncológicos en etapa terminal van encaminados a la reducción del dolor y la mejora temporal de las manifestaciones de esta dolencia. Son aplicados cuando se tiene la certeza de que el pronóstico no es positivo y el desenlace será la muerte. Engloban una serie de directrices y procedimientos necesarios para afrontar el final de la vida del paciente, cumpliendo con las normas de la Bioética. Estos cuidados son necesarios en un elevado porcentaje de los enfermos oncológicos terminales. Conclusiones: los cuidados paliativos responden a la necesidad de lograr que los pacientes en etapas terminales de varias enfermedades, y en particular del cáncer encuentren la manera integrada de obtener los mejores cuidados acorde a su sintomatología. Estos cuidados constituyen el mejor recurso para los pacientes oncológicos terminales.

Palabras Clave: Calidad de Vida; Cuidados Paliativos; Dolor; Pacientes

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al cáncer como un conjunto de enfermedades que tienen su origen en el crecimiento descontrolado de las células de nuestro cuerpo, llamadas tumores.¹

La característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales; en sus etapas tardías este tipo de células cancerosas pueden llegar a invadir a órganos distantes a través del sistema linfvascular. Este proceso de invasión es conocido como metástasis y es la casusa principal de muertes por cáncer con un aproximado del 90%.^{1,2}

En aquellas situaciones en las que la enfermedad se vuelve incontrolable e irreversible, el objetivo de la atención sanitaria se centra en ofrecer las condiciones para disminuir las afectaciones de la enfermedad. Bajo este propósito, apareció un nuevo modo de atención médica integral que se nombró cuidados paliativos (CP), los cuales fueron creados en un primer momento, para asistir a los pacientes con enfermedades neoplásicas en fase terminal.^{2,3}

Los CP, están dirigidos al paciente que sufre de una enfermedad en fase avanzada, que no presente un pronóstico positivo y que no exista una perspectiva de cura.^{1, 2, 3}

Para Cicely Saunders, precursora de los cuidados paliativos, el enfermo terminal constituye aquel que se enfrenta a una muerte inexorable en breve plazo.⁴

Fue la propia doctora Saunder, de nacionalidad británica, quien fundó el actual movimiento de CP. En 1948, cuando era una enfermera de 20 años, se enamoró de David Tasman, un paciente polaco con cáncer terminal. Juntos comenzaron a pensar que hacía falta un sitio diferente a un hospital para atender a pacientes terminales,

tratar el dolor; donde fueran cuidados con más amor, ayudados por personal capacitado para atender otras necesidades.⁵

Al morir David, Saunders decidió comenzar un hospital para aliviar el sufrimiento físico y emocional de los pacientes terminales, con ansias de comprender las mejores formas de controlar el dolor. Continúa su labor en el Hospital *St. Luke's*, dedica su tiempo a recopilar información del Dr. Howard Barret, quien fuera el fundador de dicho lugar. El doctor Barret le propone a Cicely estudiar medicina, por lo que a los 33 años ingresa a *St. Thomas's Hospital School*. Termina sus estudios en 1957, posteriormente dedica siete años a la investigación del cuidado a pacientes terminales con la finalidad de hacer algo para solucionar la situación de abandono en la que se encontraban estos enfermos en los grandes hospitales. En esta época se da cuenta que los pacientes utilizan opiáceos en promedio cada cuatro horas, comienza a escucharlos y a tomar nota de sus necesidades. Este método se fue aplicando en el Hospital *St. Luke's*, a través de capacitación al personal del cuidado y atención a este tipo de pacientes. De inmediato se ve su eficiencia, por lo que comienza a difundirse rápidamente entre el personal dedicado a la salud.⁶

En 1967 Sanders abrió *StChristopher'sHospice* en Sydenham, en el sudeste de

Londres. Basó su concepto de CP en torno a la creencia de que morir es tan natural como nacer y de que los últimos días de vida de una persona podían ser dignos y felices. Su enfoque del manejo del dolor era simple; el dolor constante necesita un control constante. Los analgésicos debían administrarse con regularidad para prevenir el dolor, en lugar de aliviarlo, y deberían usarse progresivamente según fuera necesario, de leve a fuerte. Las necesidades de cada paciente eran individuales y específicas, y su cuidado debía desarrollarse en consecuencia, con apoyo extendido a su familia y cuidadores.^{5, 6}

Saunders en 1965, publicó un artículo titulado *TheLastStages of Life*, en el que

abordó el tratamiento social de la muerte y del moribundo y propuso una manera específica de trabajar con pacientes terminales.⁴

Aquellas patologías que se encuentran en una fase avanzada, progresiva, incurable y documentada, careciendo de posibilidades de respuesta al tratamiento específico, presentando síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, provoca un gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, y conllevan a la muerte en un tiempo variable, son denominadas como enfermedades en etapa terminal.⁷

Anualmente se diagnostican un total de 18,1 millones de personas con cáncer y fallecen 9,6 millones a causa de esta enfermedad, siendo la segunda causa de muerte en el mundo.³

Con las actuales tasas de crecimiento, cambios en los estilos de vida y envejecimiento de la población, se proyecta que para el 2040 habrá un incremento de 60% en el número de casos, llegando a 21,7 millones de nuevos diagnósticos de cáncer y 13,1 millones de muertes asociadas a esta enfermedad.⁸

La Organización Panamericana de Salud (OPS) estimó que en la región de Las Américas se diagnosticaron 4 millones de nuevos casos, habiendo fallecido 1,4 millones. Así mismo se proyecta que para el año 2040 la cifra ascienda hasta los 6 millones.⁹

Aproximadamente el 80% de los enfermos oncológicos con enfermedad avanzada necesitan de los cuidados paliativos, según consideraciones de la OMS.^{7, 10}

En Cuba se diagnosticaron 27 817 casos de cáncer, con un total de 15 450 pacientes fallecidos, según cifras arrojadas por el Anuario Estadístico de Salud; siendo los más comunes el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. En la provincia de

Sancti Spíritus se presentó una incidencia de 5063 pacientes, de los cuales 1844 fallecieron. En el municipio de Fomento se diagnosticaron 103 casos y fallecieron 86. Al Miguel Montesino Rodríguez le corresponden 54 diagnosticados del total.¹¹

Teniendo en cuenta la alta cifra de casos diagnosticados anualmente con cáncer y a su vez el alto índice de pacientes que llegan a fases terminales, requiriendo de cuidados paliativos, llevó a los autores a cometer la realización de esta investigación con el objetivo de caracterizar los cuidados paliativos en los pacientes oncológicos terminales; partiendo del problema científico ¿en qué consisten los cuidados paliativos a los pacientes oncológicos terminales?

DESARROLLO

En 1990, la OMS establece los CP como el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el cáncer en su etapa terminal una de ellas.⁷

En más del 90% de los enfermos que se encuentran en esas etapas, los CP permiten aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales, no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia. Es válido referirse a los CP como un modelo integrativo en la transición entre la vida y la muerte.^{2, 12}

Necesidades del paciente oncológico en fase avanzada

La OMS define el concepto de CP con un enfoque terapéutico, por el cual se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes y familia enfrentados a la enfermedad terminal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la meticolosa valoración y tratamiento del dolor, y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales. Muchos de los cuidados paliativos deben ser empleados en estadios más precoces de las enfermedades, en combinación con tratamientos más activos con finalidad paliativa.¹³

En los pacientes sometidos a estos tratamientos, prolongar la vida puede tener un efecto adverso. En ocasiones los enfermos pueden vivir más, pero desarrollando más complicaciones, que si hubieran fallecido rápidamente al inicio del problema.¹⁴

Las cuestiones éticas y técnicas de los CP ofrecidos a los pacientes terminales generan acalorados debates académicos y jurídicos en el campo de la bioética desde su surgimiento en Estados Unidos, a principios de los años 1970.¹⁵

Resulta fundamental el control del dolor, de otros síntomas, buscando mejorar la calidad de vida para el enfermo y para su familia, para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos días o meses y tengan una muerte digna.¹⁶

Dolor en pacientes oncológicos al final de la vida

El dolor oncológico terminal intenso es una circunstancia tan previsible como necesariamente evitable, va aumentando con la progresión de la enfermedad. A pesar de los avances en los últimos diez años en torno al dolor las cifras que se manejan siguen siendo inaceptables. Sacristán plantea que hasta el 30% de los pacientes tienen dolor en el momento del diagnóstico de su proceso oncológico, llegando estos porcentajes al 60-80% en fases terminales de la enfermedad oncológica.¹⁷

Sin embargo Vallejo encontró que 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 %. Hasta un 75 % de pacientes con cáncer avanzado notifican dolor al momento de la admisión hospitalaria, y entre el 70-80 % presenta dolor en las últimas cuatro semanas previas al fallecimiento.¹⁸

El alivio del dolor es un imperativo ético-asistencial, y se ha establecido como un objetivo prioritario de la medicina del siglo XXI. La Declaración de Montreal de la IASP en 2010, ratificó formalmente la inclusión del acceso al tratamiento analgésico como un derecho humano fundamental.¹⁸

El dolor afecta de manera importante la calidad de vida y la autonomía física de los pacientes con cáncer. Domínguez Cruz¹⁹ expresa que el dolor está presente en

todas las etapas de la enfermedad, particularmente en estados avanzados, su prevalencia es de 60 % a 100 %. Este síntoma se acompaña de sufrimiento y afecta la esfera emocional y espiritual del ser humano.

Según Alonso Díaz *et al.*²⁰ los pacientes y más frecuentemente los familiares tienen importantes limitaciones a la hora de aceptar un tratamiento con opioides mayores, por las connotaciones sociales de los mismos o por la identificación de la morfina con la gravedad extrema. Otra importante limitación a la hora del tratamiento del dolor en pacientes con estados avanzados de su enfermedad lo constituye la posibilidad de que la propia analgesia desencadene la muerte del paciente.

Los tipos de medicamentos contra el dolor van desde paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINES) a medicamentos más potentes como narcóticos. Los anticonvulsivantes, su indicación principal es en el dolor oncológico neuropático, son eficaces: gabapentina, pregabalina, clonazepam, fenitoína, ácido valproico y carbamacepina. Los bifosfonatos son indicados para el dolor debido a metástasis óseas, si los analgésicos o la radioterapia fueron inefectivos. El cuerpo puede volverse tolerante a un medicamento, y es posible que necesite aumentar la dosis debido a esa tolerancia. También hay muchas formas de medicina contra el dolor, como medicamentos de acción prolongada y de acción corta o rápida.^{20, 21, 22}

Son utilizados medicamentos como corticoides, debido a su acción antiinflamatoria. La dexametasona tiene la mayor potencia antiinflamatoria. Los antidepresivos su indicación principal es el dolor neuropático. La amitriptilina y otros tricíclicos tienen una eficacia similar. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina no han demostrado ser útiles. Especialmente útiles son los antidepresivos duales (serotoninérgicos y noradrenérgicos) por su mejor perfil de seguridad.^{21, 22}

Con ciertos tipos de dolor, los médicos pueden realizar procedimientos especiales como obstrucciones de las terminales nerviosas, tratamientos con radiación dirigida e incluso operaciones quirúrgicas para controlar el dolor. Existen otros

métodos no farmacológicos los cuales incluyen la fisioterapia, terapias psicológicas.^{20, 21}

No cabe duda que el abordaje del dolor oncológico avanzado incluso refractario constituye un reto, no tan solo desde el punto de vista médico sino ético, por las diversas implicaciones que ello engloba. La necesidad de un mayor número de investigaciones en este tema, en aras de desarrollar nuevas terapias para el tratamiento en este grupo de pacientes, es un criterio en el que los autores coinciden.

Tratamiento invasivo del dolor oncológico intenso terminal

Las principales indicaciones del empleo de estas técnicas son dolor severo que no responde a tratamiento convencional optimizado, efectos secundarios intolerables en la escala progresiva de dosis e imposibilidad de uso de cualquier otra vía de administración. El desarrollo farmacológico de los últimos 10 años ha condicionado una disminución significativa en el uso de las técnicas invasivas en el tratamiento del dolor oncológico.^{18, 20, 21, 22}

Algunas técnicas empleadas son la neuromodulación. En la administración Espinal (vía epidural e intratecal), de fármacos en el dolor oncológico se propone la morfina, único fármaco aprobado para su administración espinal. Otros medicamentos utilizados en lugar de la morfina son: fentanilo, sufentanilo, metadona o meperidina. Se administran además junto a otros fármacos principalmente en función del tipo de dolor, así en dolor visceral o somático se emplean opioides con anestésicos locales y en modelos de dolor neuropático se emplean principalmente los anestésicos locales junto con alfa-2-agonistas.^{18, 21, 22}

La estimulación eléctrica medular es una técnica analgésica de elección como cuarto escalón en modelos de dolor neuropático y en dolores vasculares, con suficiente experiencia para su uso. En un intento de controlar el dolor refractario al cáncer, se han inyectado anestésicos locales y agentes neurolíticos en diversos nervios y ganglios. Aunque dados los avances del tratamiento analgésico (fármacos, sistemas implantables de liberación de fármacos y técnicas neuroquirúrgicas), la utilización de técnicas neurolíticas se ha reducido de manera importante (menos de un 10-15 %), esto es conocido como bloqueo nervioso. Al

igual que los bloqueos neurolífticos las técnicas neuroquirúrgicas han disminuido drásticamente en los últimos años, no obstante debe ser un paso más a tener en cuenta en el tratamiento de los pacientes con dolor refractario. Las contraindicaciones serían, expectativa de vida muy corta, alteraciones de coagulación, indemnidad de esfínteres, disfunción pulmonar severa homolateral al dolor.^{18, 22}

Consideraciones nutricionales en los cuidados paliativos

La alimentación tiene profundas implicaciones en la vida cotidiana, que van más allá de la propia nutrición. Comer implica una socialización y tiene profundas raíces culturales.²³

Pereira dos Santos Duarte²³ plantea que la alimentación cuando ya no contribuye a mejorar la enfermedad o la vida, se considera inútil presionar a los pacientes moribundos para que ingieran alimentos. La alimentación artificial es una práctica médica que debe ser prescrita, y necesita una sólida base científica para su aplicación; además, sus beneficios deben ser tangibles y superar sus posibles riesgos. Los principios éticos deben estar siempre presentes a la hora de tomar decisiones sobre cualquier tratamiento médico, incluidas las intervenciones nutricionales.

El nutricionista debe ser conscientes de la importancia de la asistencia nutricional en el tratamiento paliativo y su inserción en equipos de cuidados paliativos para quien, junto a otros profesionales de la salud permite una mejor calidad de vida durante el proceso patológico.²⁴

Muscogiuri²³ recomienda alimentos que el paciente pueda tolerar, y se ajusten a la forma en que el paciente enfrenta la progresión de la enfermedad. Son permitidos una baja ingesta o aportes nutricionales inadecuados. No se busca mantener un adecuado estado nutricional, se busca confort y placer para el paciente. La nutrición artificial en esta fase puede ser desproporcionada y causar más daño que beneficio.

Hay varias consideraciones para tener en cuenta a la hora de diseñar estrategias nutricionales en cuidados paliativos. Es necesario diferenciar a los pacientes

moribundos o en fase terminal de una enfermedad en la que es más importante aliviar los síntomas que prolongar la supervivencia del paciente. Al referirse a la ética hay que tener en cuenta los principios relativos a la conducta correcta para lograr una práctica ética elevada en el soporte nutricional en estos pacientes.^{23, 24}

Es opinión de los autores la importancia de los cuidados paliativos para el paciente oncológico en etapa terminal y que la medicina paliativa es capaz de brindar mejores condiciones a estos pacientes, logrando que el tiempo que le reste de vida, sea lo más satisfactorio posible.

CONCLUSIONES

Los cuidados paliativos responden a la necesidad de lograr que los pacientes en etapas terminales de varias enfermedades, y en particular del cáncer encuentren la manera integrada de obtener los mejores cuidados acorde a su sintomatología. Estos cuidados en el paciente oncológico terminal abarcan a un amplio grupo de especialistas, constituyendo el mejor recurso para los mismos. Es de gran importancia garantizarles las condiciones necesarias, a la vez de los medicamentos y procedimientos para combatir el dolor. Estos cuidados deben responder a los principios de la bioética, por los cuales debe guiarse todo profesional de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Cáncer [Internet]. Who.int. 2020 [citado el 6 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

2- Souza MC dos S, Jaramillo RG, Borges M da S. Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. *EnfermGlob* [Internet]. 2021 [citado

18

septiembre

2022];20(1):420–

65.

Disponível

em:

<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n61/1695-6141-eg-20-61-420>.

3- Fhon JRS, Silva LM, Rodrigues RAP, Acosta MEC. Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*. Disponible internet]2018 [citado 18 septiembre 2022]; 8(3): 28-36. en :

<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/284/percepcion-de-las-enfermeras-sobre-cuidados-paliativos-experiencia-con-pacientes-oncologicos/>

4- Moreira Miranda Â. O Trabalho de Cuidados Paliativos: Uma sociohistória a partir de Cicely Saunders e Elisabeth Kübler-Ross [Internet] [Tesis]. [Universidade de Brasília]; 2020 [citado 2023 Mar 10]. p. 18–9. Disponível em:

https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/39670/1/2020_%c3%82ngeloMorairaMiranda.pdf

5- Vidal M. A., Torres L. M. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2006 [citado 2023 Mar 10]; 13(3): 143-144. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300001&lng=es.

6- Montes de Oca Lomeli GA. Historia de los Cuidados Paliativos [Internet]. *Revista Digital Universitaria*. [Internet]. 2006 [citado 2023 Mar 11]. Disponível em:

https://www.ru.tic.unam.mx/bitstream/handle/123456789/1064/abr_art23.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 7- Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 3 de agosto 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- 8- Parra-Soto S, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva-Ordeñez AM, Troncoso-Pantoja C, Ulloa N et al. Cáncer en Chile y en el mundo: una mirada actual y su futuro escenario epidemiológico. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 [citado 2022 Oct 10] ; 148(10): 1489-1495. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001001489&lng=es <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001489>
- 9- OPS/OMS. Cáncer [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. [Internet] 2020 [citado el 25 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- 10-WHO. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey [Internet]. WHO; 2020 [citado el 16 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002319>
- 11-MINSAP. Dirección de registros Médicos y estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud de Cuba [internet]. La Habana: ECIMED; 2021 [citado el 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2022/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2021.-Ed-2022.pdf>
- 12-BuiguesMengual F, Torres Pérez J, Mas Sesé G, Femenía Pérez M, Baydal Cardona R. Paciente terminal. Guía de actuación clínica en A.P. España [Internet]. 2018 [citado 25 septiembre 2022]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>
- 13-World Health Organization (WHO). Cancer Pain Relief and Palliative Care. Genève, Switzerland: World Health Organization; 1990. [Internet] [citado 25 febrero 2022] Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 14-Murillo MT, Moreno MV, Maganto VV, Pascual DR. Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. *Psicooncología* (Pozuelo de Alarcon) [Internet]. 2017 [citado el 15 de octubre de 2022];1(1):155–64. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705538>
- 15-Pessini L, Siqueira JE de. Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. *RevBioét* [Internet]. 2019 [citado el 16 de febrero de 2023];27(1):29–37. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ZR5CdVSMkp4jwzF6GtYHcrb/?lang=es>
- 16-Betancourt-Betancourt G, Rivero-Castillo J, Betancort-Reyes G. La adecuación del esfuerzo terapéutico en la Atención Primaria de Salud. *Revi Cubana MedGen Integr*[Internet]. 2018 [citado 10 Oct 2022]; 34 (2):4 Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/394>
- 17-Sacristán Rodea A, Ferrari Sanjuan M. Tratamientos al final de la vida: cuidados paliativos, sedación terminal, eutanasia y suicidio medicamento asistido (SMA). *RIECS*[Internet]. 2021 [citado el 14 de octubre de 2022]30;6(2):94–105. Disponible en: <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/293/384>
- 18-Vallejo Martínez M, Baque Hidalgo JE. Alimentación y cuidados paliativos en el paciente oncológico terminal. *RevNutrClinMetab* [Internet]. 2021 [citado el 25 de febrero de 2023];4(2):71–7. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/274>
- 19-Domínguez Cruz M. Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cáncer en la comunidad. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2019 [citado 2023 Feb 25]; 35(4): e1106. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000400014&lng=es
- 20-Alonso Díaz T, Llantá Abreu m del C, Ropero ToiracR, Bazán MilianB, Navarrete Dávalos C, et al. Atención integral al paciente oncológico con dolor. *Rev cuba oncol* [Internet]. 2021 [citado el 1 de octubre de 2022];19(1):10-

13.

Disponible

en:

<http://revoncologia.sld.cu/index.php/onc/article/view/90/51>

21-Díaz Juvier YL, Hernández Ortega Y, Hernández Rodríguez LA, Cuevas

Pérez OL, Fernández Ruiz DR. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. Medisur [Internet]. 2019 [citado 2023 Feb 25]; 17(4): 552-561.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000400552&lng=es

22-González González S. Dolor en el paciente oncológico y terminal. NPunto [Internet].

2021 [citado el 25 de febrero de 2023];4(43):79–106. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8215378>

23-Pereira dos Santos Duarte EC, Rodrigues de Sousa R, Feijó-Figueiredo MC,

Pereira-Freire JA. Assistência nutricional para os cuidados paliativos de pacientes oncológicos: uma revisão integrativa.

Rev Bras Ciênc Saude [Internet]. 2020 [citado el 25 de

2023];18(64):5. Disponible

de en:

febrero

https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6585 24-

Muscogiuri G, Barrea L, Carignano M de LÁ, Ceriani F. Recomendaciones nutricionales en cuidados paliativos para pacientes con enfermedades avanzadas y al final de la vida. Rev Nutr Clin Metab [Internet]. 2021 [citado el 5 de febrero de 2023];4(2):59–70. Disponible en:

<https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/272>