

## **Incidencia y control de síntomas al final de la vida de pacientes con cáncer.**

Celita Celada Cifuentes <https://orcid.org/0000-0002-9042-5517>

Javier García Gutierrez <https://orcid.org/0000-0002-9158-9206>

Sandra Pérez Palenzuela <https://orcid.org/0000-0002-7226-6006>

Cecilia Navarrete Dávalos <https://orcid.org/0000-0003-1298-2163>

**Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.**

\*Autor para la correspondencia: [cmcelada@infomed.sld.cu](mailto:cmcelada@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

**Introducción:** Al final de la vida, el paciente oncológico presenta diversos síntomas físicos, emocionales y espirituales. La medicina paliativa permite un tratamiento continuo e integral para el diagnóstico y control de síntomas.

**Objetivo:** Describir la incidencia de síntomas según la localización del tumor inicial y su transición en la última etapa de la enfermedad.

**Método:** Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo de 100 pacientes con enfermedad terminal, atendidos en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología entre septiembre del 2017 a septiembre del 2019. Se tomó como fuente el registro de la historia clínica. Con dos evaluaciones, usando la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton, modificada.

**Resultados:** Se describe la incidencia de nueve síntomas, los principales: dolor, cansancio, pérdida de apetito, ansiedad y depresión, independientes a la estructura anatómica afectada por el tumor primario. Se encontró mayor incidencia del dolor de forma general (78%). Durante la etapa final los síntomas más frecuentes fueron: cansancio, ansiedad, pérdida de apetito y disnea.

**Conclusión:** Los síntomas en el paciente oncológico terminal son múltiples y variables, en ocasiones estrechamente relacionados con la historia natural de su enfermedad. El diagnóstico y control sintomático requiere, reconocer las necesidades y generar estrategias colectivas para minimizar el sufrimiento.

**Palabras clave:** cáncer; síntoma; final de la vida; cuidados paliativos.

## Introducción

El cáncer inevitablemente sigue cobrando vidas, a nivel mundial en el 2018 se reportaron 9,5 millones de fallecidos en ambos sexos.<sup>(1)</sup> En el 2019 fallecieron 24,912 personas por esta causa, ocupando el primer lugar en Cuba.<sup>(2)</sup>

Los cuidados al final de la vida no excluyen el papel de los cuidados continuos, ni representan el fracaso del tratamiento, sino son la última parte del recorrido por el que transitan los pacientes. Para muchos a nivel mundial, es escasamente el único tratamiento de soporte que reciben a lo largo de su enfermedad. De esta forma sucede en los países en donde no existe un sistema de salud pública y gratuita que garantice el diagnóstico temprano. La necesidad de cuidados paliativos es mayor en los países de bajos recursos.<sup>(3)</sup>

La comisión de Lancet sobre acceso global a los cuidados paliativos y alivio del dolor estimó, que anualmente más de 61 millones de personas experimentan condiciones asociadas con el sufrimiento que podrían mejorarse significativamente con cuidados paliativos.<sup>(4)</sup>

La situación de *enfermedad terminal* se puede definir como una enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible. Afecta la autonomía y la calidad de vida (debido a los síntomas, el impacto emocional y la pérdida de autonomía), con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida de alrededor de 6 meses, en un contexto de fragilidad progresiva.<sup>(3)</sup> A este concepto se le suma el de *enfermedad incurable avanzada*: enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.<sup>(5)</sup>

Dentro de las principales necesidades de los pacientes en esta fase está el control de síntomas. Aunque varios profesionales de la salud intervienen en las decisiones del paciente durante el diagnóstico y tratamiento activo, muchos pacientes en la última etapa experimentan abandono, por la dificultad para la adecuación terapéutica o por el encarnizamiento terapéutico.<sup>(6,7)</sup> Estos profesionales, por lo tanto, requieren una formación humana y científica que les oriente en el hacer y el hacer bien, para que el paciente tenga una muerte

digna. Entender la vulnerabilidad humana a la muerte con humildad y sabiduría, favorecerá ejercer el humanismo desde la profesión, aceptando los límites frente al proceso; porque morir no es patológico, morir es una función de nuestro organismo, un acto fisiológico resultado de un mandato genético ordenado por la vida. <sup>(8)</sup>

Es necesario que el médico de asistencia y el especialista en medicina general integral logren trabajar en equipo, junto a la ayuda de otros profesionales como el psicólogo, el trabajador social y el de medicina interna. Este desafío requiere un ambiente de calidez y confianza, bajo la dirección de un médico coordinador, que elabore un plan de cuidados continuos para el control de los síntomas al final de la vida.

El objetivo de este estudio es describir la incidencia de síntomas según la localización del tumor inicial y su transición en la última etapa de la enfermedad.

### **Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de un universo de 228 pacientes, con enfermedad terminal atendidos por diversos síntomas, en la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología en el periodo de septiembre del 2017 a septiembre del 2019. La muestra quedó conformada por 100 pacientes con seguimiento activo, que cumplieron con los criterios de selección del estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con enfermedad en estado terminal, inscritos en la institución que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.
- Pacientes con biopsia positiva de enfermedad neoplásica, evaluados en la Consulta Central por el equipo multidisciplinario o el médico de asistencia, sin criterio de tratamiento oncoespecífico.
- Presencia de más de un síntoma por progresión de la enfermedad oncológica.
- Adecuación del esfuerzo terapéutico para el *comfort*, diagnosticando y tratando sistemáticamente los principales síntomas.

Para la obtención de la información, se revisó el registro de las consultas de las 228 historias clínicas. Además, se elaboró un cuestionario mediante la técnica de entrevista en profundidad (interrogatorio) para recoger la información sobre los síntomas, cuya intensidad se midió en *Nada* (0) *Poco* (1-4), *Bastante* (5-8) y *Mucho* (9-10). Se usó como referencia la escala de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS modificado), versión cubana de Grau J, Chacón M y Reyes MC del 2008, ajustado en la actualidad a Nada (0), Leve (1-4), Moderado (5-8) y Severo (9-10) ESASr. <sup>(9)</sup> Para evaluar el control se analizó de forma comparativa.

En esta investigación se realizaron abordajes terapéuticos, para el control de los síntomas en los pacientes según los protocolos de la institución. <sup>(10) (11)</sup>

Se tuvo en cuenta la confidencialidad de toda la información obtenida de cada uno de los pacientes. La investigación se realizó según los preceptos establecidos en el Código Internacional de Ética Médica <sup>(12)</sup> y los que competen a las investigaciones biomédicas en humanos contemplados en la Declaración de Helsinki. <sup>(13)</sup>

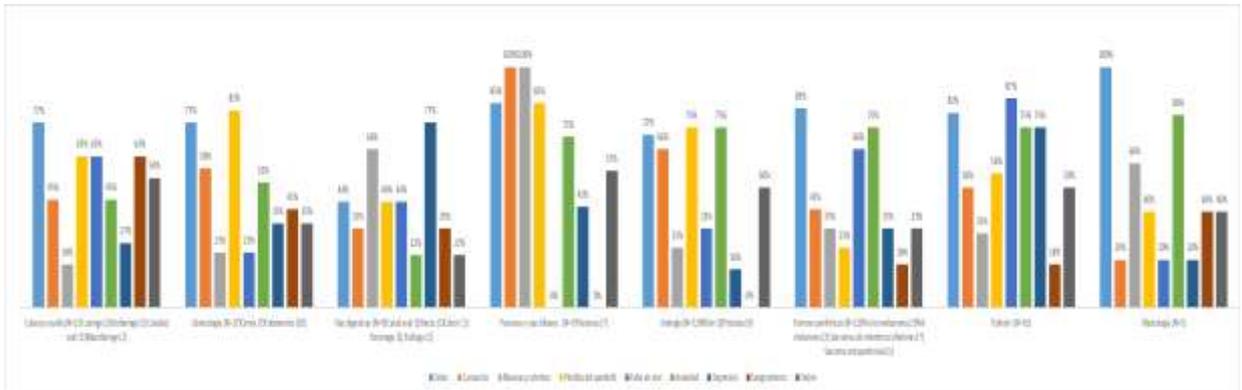
Con la información recopilada se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel 16.0 y se procesaron mediante el paquete estadístico de SPSS-PC en su versión 19.0.1 para Windows, que permitió confeccionar tablas y gráficos para facilitar su exposición y comprensión.

## **Resultados**

De los 100 pacientes estudiados con seguimiento activo, se observó que la media de edad fue de 65 años, con predominio de 50 años a 75 años (58 %) y sexo masculino (59 %). El 78 % de los enfermos presentaba dolor al inicio del tratamiento y el 73 % presentaba más de un síntoma.

El dolor fue el síntoma principal en 6 localizaciones excepto en vías digestivas donde la mayor incidencia fue de náuseas y vómitos. Otros síntomas frecuentes fueron pérdida del apetito (60 pacientes), ansiedad (57 pacientes), cansancio (50 pacientes) y disnea. (47 pacientes).

**Gráfica 1.** Incidencia de los síntomas durante la primera consulta según la localización del tumor.



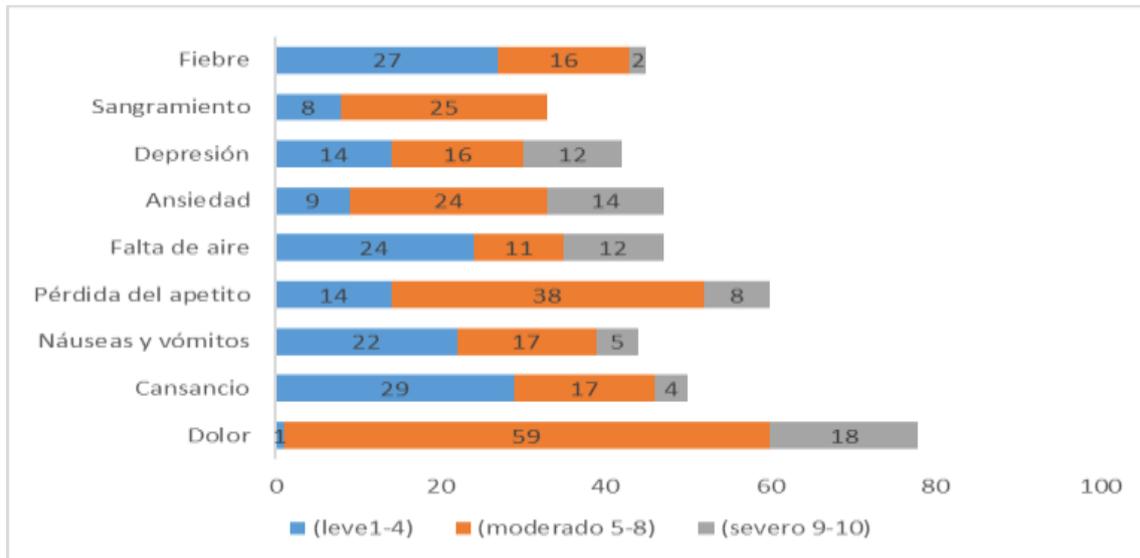
Los pacientes recibieron una atención integral multidisciplinaria con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Se logró un impacto en el control del síntoma y su intensidad, como se observa.

La respuesta al tratamiento protocolizado eliminó el síntoma durante todo el seguimiento, mediante una frecuencia correcta de reevaluación y ajuste continuo, acorde a las necesidades del paciente y familia: en el Dolor (39%), Fiebre (18%) Náuseas, Vómitos y Depresión (8%).

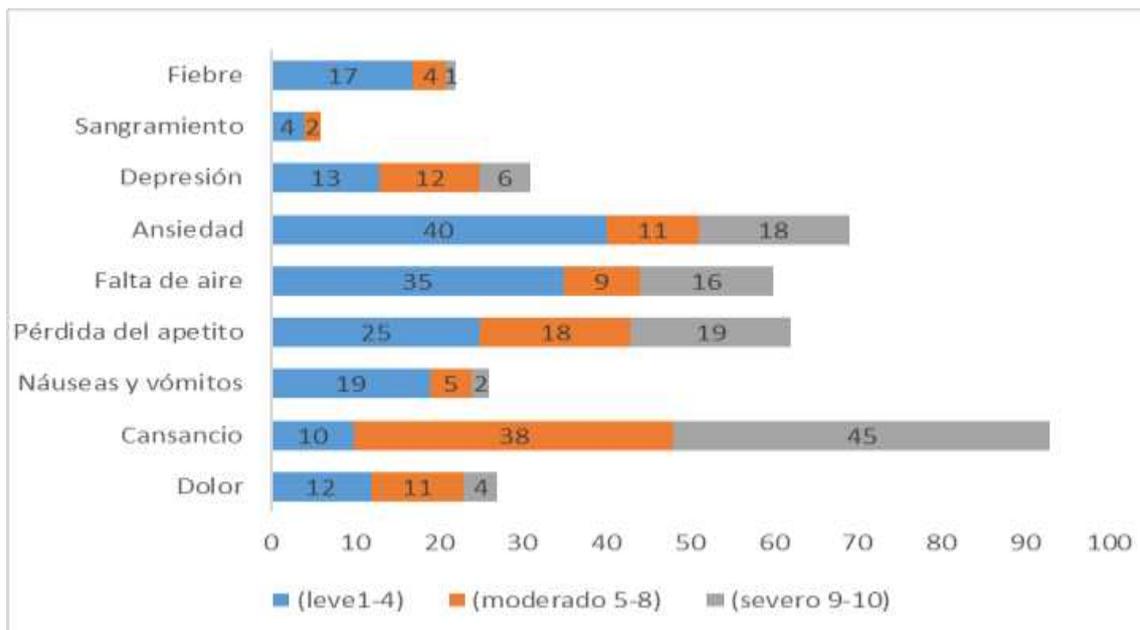
Otros síntomas están presentes y se intensifican con el acercamiento del fin. Se elaboró un plan de adaptación a los síntomas que no lograron controlarse: cansancio, ansiedad y pérdida del apetito. Se educó al paciente y familia para la atención en el hogar, en coordinación con el Médico General Integral.

**Gráfica 2.** Variación de los síntomas e intensidad en el tiempo.

**A.** Intensidad de los síntomas durante la primera evaluación.



**B.** Intensidad de los síntomas durante la última evaluación.



**Discusión**

El diagnóstico y control de síntomas al final de la vida impone una visión holística, para poder evitar situaciones que pueden agravarlos e incidir en la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud durante la última década ha identificado y trabajado en el mejoramiento de la atención sanitaria a esta población vulnerable. <sup>(14)</sup> En el 2014, en la que fue la primera resolución de ámbito mundial sobre cuidados paliativos (Resolución 67.19 de la Asamblea

Mundial de la Salud) se instó a la OMS y a sus Estados miembros a mejorar el acceso a los cuidados paliativos como componente central de los sistemas de salud.<sup>(15)</sup>

En Cuba, la Sección de Control del Cáncer del Ministerio de Salud Pública proporcionó tres materiales docentes y educativos, como parte de una estrategia de atención sanitaria para estos pacientes: *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas*, *Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba*, *Cuidados del paciente al final de la vida*,<sup>(9)</sup> componentes estratégicos para el Programa del Médico y Enfermera de la Familia. Todos estos elementos, unidos a la compasión, misericordia y solidaridad del profesional sanitario en el país, garantizan el trato digno del paciente durante los últimos días de su vida.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos 2014, reconocer, evaluar y tratar los síntomas que afectan directamente el bienestar del paciente es imprescindible. Algunos de ellos se podrán controlar, mientras que otros no, donde será importante que el enfermo sea consciente de que tiene que adaptarse a los mismos.<sup>(16)</sup>

Los síntomas en esta etapa se identifican por su carácter multidimensional, presentando síntomas frecuentes y múltiples.<sup>(17)</sup> Dentro de los seis principios generales en el control de síntomas se encuentra el de evaluar antes de tratar. Para esta premisa internacionalmente se ha reconocido la importancia de utilizar diferentes escalas que identifican el síntoma y su intensidad, con este propósito la escala de evaluación de síntomas de Edmonton es ampliamente difundida.<sup>(18)</sup>

El cáncer constituye un conjunto de enfermedades heterogéneas distribuidas en diferentes localizaciones anatómicas. Durante el diagnóstico del tumor primario, aparecen síntomas y signos característicos del órgano afectado. Una enfermedad que ha progresado metastatiza diferentes estructuras, produce síntomas variados y múltiples, que pueden guardar un vínculo con el órgano afecto o con la diseminación a estructuras como: hueso, pulmón, hígado y sistema nervioso central.<sup>(19)</sup>

El estudio realizado por M. Alejandra Palma distribuyó los pacientes según la enfermedad oncológica en 5 grupos (digestivo, hematológico, pulmón, Mama/ginecológico y otros); evaluó la frecuencia de síntomas según la ESAS, sin

relacionar los síntomas a las localizaciones específicas por lo que el resultado no se pudo comparar.<sup>(20)</sup>

Cortijo-Palacios y Contreras-Bello<sup>(34)</sup> estudiaron a 424 pacientes, utilizando la escala ESAS con una metodología similar, relacionó la sintomatología al dolor como síntoma principal, siendo las localizaciones de mayor incidencia: mama, cervicouterino de las 14 estudiadas. De forma similar *Reyes Chiquete y otros*,<sup>(33)</sup> estudiaron el dolor como síntoma asociado a las localizaciones, notificó los siguientes resultados en la serie analizada: cervicouterino (98,3 %); mama (23 a 27,1 %); pulmón (74 %), próstata (69,9 %), urológico (28,7 %). Al comparar estos resultados de forma específica se observaron proporciones similares: cabeza y cuello 77%, cervicouterino 77%, próstata y riñón 72% pulmón 81% y mama 100%. Por lo tanto, el tratamiento para el control del dolor constituye un pilar fundamental en cualquier localización del tumor primario.

No se encontró un estudio que describa la incidencia de todos los síntomas en cada localización, para comparar los resultados. La información obtenida permite fortalecer el manejo sintomático en la etapa final, considerando como evidencia que existe gran heterogeneidad en la distribución de los 8 síntomas restantes. Los pacientes con tumores de cabeza y cuello se caracterizaron por mantener tres síntomas constantes además del dolor: pérdida de apetito, falta de aire y sangramiento.

La atención al final de la vida no debe reducirse únicamente al alivio del dolor. Una respuesta favorable en el control sintomático, implica tratar: el sangramiento, fiebre, náuseas, vómitos y depresión. Existe una amplia gama de intervenciones que disminuyen estos síntomas. Estas acciones de salud no se limitan únicamente al área física. L. Rincón Tejedor, en una revisión informa sobre técnicas complementarias como la musicoterapia, aromaterapia, relajación muscular progresiva y visualización guiada en el dolor de pacientes oncológicos.<sup>(22)</sup> Tanto el dolor oncológico como los síntomas restantes, pueden ser inadecuadamente tratados, al no tener en cuenta la continua evaluación o seguimiento a intervalos regulares, pues son cambiantes y pueden requerir de estrategias nuevas en cada evaluación.<sup>(23)</sup>

Durante el último mes previo al fallecimiento, se describe el incremento de otros síntomas en los que las intervenciones se enfocaron en disminuir su intensidad. Los cuatro de mayor incidencia: debilidad, ansiedad, pérdida de

peso y anorexia, se relacionan entre sí. *Casanovas* y otros <sup>(24)</sup>, al referirse al tema, muestran un cuadro representativo de forma similar con 275 enfermos con cáncer avanzado, en el que la debilidad (90 %) y anorexia (85 %) ocuparon el mayor porcentaje.

El estudio retrospectivo realizado en 1998 por *Rondon* y otros, muestra resultados equivalentes:<sup>(5)</sup> dolor 76,6 %, debilidad 43,92 %, anorexia 40,4 %, disnea 37,4 % ansiedad 15,1 % depresión 11,9 %. náuseas y vómitos 15,6 %. El autor incluyó síntomas como insomnio, estreñimiento, boca seca y tos; constantes de la etapa final.

Los pacientes con cáncer tienen *cansancio* (decaimiento, agotamiento y fatiga) debido a factores lipolíticos y proteolíticos, productos de degradación del propio tumor, factor de necrosis tumoral e interleucinas 1 y 6. <sup>(25)</sup> Cuando el profesional de la salud comprende esto, la conducta está dirigida a que este síntoma no altere negativamente la vida y se sugiere al paciente realizar otras actividades que no requieran de gran esfuerzo físico.

La *pérdida del apetito* es frecuente en la etapa final. Si bien el soporte nutricional es un factor importante en los pacientes en tratamiento activo, esto deja de tener significado en la fase final de la enfermedad. Muchas veces este síntoma es causa de conflictos de los familiares con el paciente: una alternativa es ofrecer comidas frecuentes en poca cantidad. <sup>(26-27)</sup>

La *disnea* es uno de los síntomas más agobiantes y multifactorial. Existen medidas paliativas como el aire fresco en la cara con abanico o ventilador y otras farmacológicas como esteroides, ansiolíticos, sedantes e incluso morfina, con las que los pacientes logran controlar el síntoma. <sup>(28)</sup>

*Ansiedad y depresión*, síntomas muchas veces ignorados, con gran impacto emocional. En una visión amplia de la medicina, la persona pasa a ocupar el primer lugar por delante del diagnóstico de la enfermedad. Landa Ramírez y otros autores, <sup>(29)</sup> de la universidad de México evalúan la ansiedad en 96 paciente, encontrando 40% en ansiedad y 67% en depresión. Identificar estos síntomas tan frecuentes minimiza el sufrimiento emocional del paciente, en este caso el acompañamiento es una estrategia muy útil.

Dávila Riega <sup>(30)</sup> con 100 pacientes, sitúa la depresión como uno de los principales problemas de salud en el paciente con cáncer terminal, según su intensidad en: leve 35%, moderada 9% y severa 16%. Otra serie similar de

146 pacientes la descrita por Gmbetta Menéndez <sup>(31)</sup> 26,28% leve, el 13.78% moderada y 8,6% severa. Llama la atención la alta incidencia de esa depresión leve, pero que puede disminuir la calidad de vida al no ser diagnosticada ni tratada.

Estos resultados imponen la necesidad de comunicar que algunos síntomas se irán incrementando. No decir la verdad al paciente implica negarle el derecho a decidir sobre sí mismo, eliminando la posibilidad de poner en orden sus asuntos, resolver conflictos, dictar voluntades o despedirse. <sup>(32)</sup> Ante la progresión de estos síntomas se requiere información progresiva y suave, según la verdad soportable, en un entorno donde no exista el apuro, un escenario íntimo y confortable, alejado de interrupciones. *Krouse y Kamal* refieren que este es el momento de los cuidados especiales, donde se ajustan las estrategias, <sup>(25)</sup> como implementar en la práctica clínica guías para una buena atención sanitaria al final de la vida. <sup>(33,)</sup> Es el reto diario en todos los niveles de asistencia tal como lo plantea la Sección Independiente para el Control del Cáncer. <sup>(34)</sup>

## Conclusiones

Los síntomas en el paciente oncológico terminal son múltiples y variables. Algunos síntomas guardan relación con la localización del tumor inicial como los tumores de cabeza y cuello. Otros síntomas están estrechamente relacionados con la historia natural de su enfermedad y se mantienen de forma heterogénea. El diagnóstico y control sintomático requiere disímiles estrategias y la participación de diferentes niveles de atención. Los síntomas que se incrementan en la última etapa, imponen una buena comunicación médico – paciente- familia y la integración de un equipo multidisciplinario, que pueda reconocer las necesidades y generar estrategias colectivas para minimizar el sufrimiento.

## Referencias bibliográficas

1. The Global Cancer Observatory. October, 2020. [Acceso 20/10/2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/>
2. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública, Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2019.
3. Global Atlas of Palliative Care 2da edición. Pag. 20 London UK 2020. [www.thewhpca.org](http://www.thewhpca.org)
4. F.M. Kanaul, P.R. Farmer, E.L. Krakauer et al. ALleviating the Access abyss in palliative care and pain relief an imperative of universal health coverage: the lancet Comision report. Lancet 2018;391:1391-1454.
5. Casanovas Font J, Albó Poquí A, Ledesma Castelltort A. Paciente con enfermedad avanzada irreversible. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. En: Martín A. Atención primaria continua. 8.<sup>a</sup> ed. Elsevier, España, S.L.U; 2019. pp.511. [Acceso 20/05/2020]. Disponible en: <https://www.atencion-primaria-problemas-de-salud-en-la-consulta-de-medicina-de-familia-pdf>
6. Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Monografías SECPAL. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos N.º 0. Madrid: Sociedad Europea de Cuidados Paliativos; mayo 2012. [Acceso 20/05/2020]. Disponible en: <https://www.siosigrafico>
7. Montero Sánchez L, Gonzalo Iglesias M. Cuidados paliativos a pacientes oncológicos en el ámbito domiciliario. Salamanca; 2020. [Acceso 20/05/2020]. Disponible en: <https://gredos.usal.es/handle/10366/143520>
8. Calderón Benavides MC. La relación médico-paciente: la base bioética de la experiencia ante el cáncer. Medigraphic. 2019 [Acceso 20/05/2020];24(Supl 1):s35-s39. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/D90207>
9. Reyes Méndez, MC. Grau Abalo, J. A., Chacon Roger, M. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas, Editorial Ciencias Médicas, Anexo 7. Pág. 272.

10. Celada C, Alonzo T, Cecilia N, Arango J, Gómez E. Protocolo: Cuidados continuos. Sección cuidados al final de la vida. V 1. Autorizado 9/2017. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; 2018. p. 6-12.
11. Méndez Rosabal A. Protocolos de las urgencias más frecuentes en la UUO. Autorizado 12/2017. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; 2018.
12. Código Internacional de Ética Médica. Adoptado por la 3.a Asamblea General de la AMM en Londres, Inglaterra, octubre de 1949 y enmendado por la 22.a Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto de 1968 y la 35.a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983. [Acceso 20/05/2020]. Disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/pdf/17a.pdf>
13. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18.a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29.a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975; la 35.a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983; la 41.a Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989; la 48.a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, octubre de 1996; y la 52.a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre de 2000. [Acceso 20/05/2020]. Disponible en: <http://www.wma.net./s/policy/pdf/17c.pdf>
14. OMS. Cuidados paliativos. Datos y cifras. Actualizado 20 de agosto de 2020. [Acceso 28/09/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
15. Pepper Cruz I. Integración de cuidados paliativos en los servicios de urgencias oncológicas. Pág. 17 Universidad de Almería Facultad de Ciencias de la salud Trabajo fin de grado en enfermería convocatoria junio 2018. 2018.
16. Cereceda GL. Emergencias oncológicas. Rev Med Clin Condes. 2011 [Acceso 28/09/2020];22(5):665-76. Disponible en: [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imágenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/5%20sept/emergencias-oncologicas-17.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imágenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/5%20sept/emergencias-oncologicas-17.pdf)

17. Porta Sales J. Gomez Batiste X. Tuca Rodriguez A. Manual de control de síntomas en pacientes con cancer avanzado y terminal 2da. Edición 2008 España. Pág. 18-24.
18. Milton L, Behroozi8an T, Coburn N, Trudeau M, Razvi Y, Mckenzie E, Karam I, Lam H, Chow E. Prediction of breast cancer related outcomes with The Edmonton Symptom Assessment Scale: A literatura review. Support Care Cancer. 2021 Feb; 29(2): 595-603. Doi: 10.1007/s00520-020-05755-9. Epub 2020 Sep 11. PMID: 3291828.
19. Castro- Giner F, Aceto N. Tracking cancer progression: from circulating tumor cells to metástasis. Genome Med. 2020 Mar 19; 12(1):31.
20. Palma M. A. del Rio I, Bonati P. Frecuencia y Pesquisa de síntomas en pacientes crónicos en fases avanzadas ¿Existe concordancia entre pacientes y médicos? Rev Med Chile 2008;136:561-569
21. Cortijo-Palacios R, Contreras-Bello. Descripción y análisis de la sintomatología asociada al dolor en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Revista Biomédica. 2020;31(3). DOI: <http://10.32776/revbiomed.v31i3.781>
22. L. Rincón Tejedor. Universidad de Cantabria facultad de enfermería. Técnicas complementarias para el manejo del dolor oncológico. 2019-2020.
23. M. Ximena León, J. Guillermo Santa-Cruz, S. Martínez-Rojas, Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico (revisión de la literatura) Revista Mexicana de Anestesiología. Artículo de revisión Vol. 42. No. 1 enero-marzo 2019 Págs. 45-55.
24. Rondon B, Chacon M, Grau J. Intervención nutricional en el paciente con cáncer. Rev Cubana Oncol. 1998 [Acceso 28/09/2020];55(1):59-73. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v55n1/med06116.pdf>
25. De Vita H, Rosenberg's R, Krouse S, Kamal AH. Specialized Care of the Terminally Ill. In: Cancer Principles & Practice of Oncology. 11th ed. 2019. pp. 3919. [Acceso 28/09/2020]. Disponible en: <https://www.libreriacienciaymedicina.com/oncologia/1766-devita-hellman-y-rosenberg-c%C3%A1ncer-principios-y-pr%C3%A1ctica-en-oncolog%C3%ADa-2-vols-dvd-9789588950730.html>

26. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzette F, et al. ESPEN Guidelines on Nutrition in Cancer Patients. *Clin Nutr*. 2017 [Acceso 28/09/2020];36(1):11-48. Disponible en: <http://www.elsevier.com/locate/clnuhttp://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.0150261-5614/>
27. Barajas Galindo DE. Appetite disorders in cancer patients: Impact on nutritional status and quality of life. *Appetite*. 2017;114:23-7.
28. Verdú Masiá R, de Diego Aliques B, Jiménez AJ. Control de los síntomas en pacientes terminales: efectividad del tratamiento de la disnea irruptiva con opioides. *Rev Soc Esp Dolor*. 2017;24(4):161-8. <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3582/2017>
29. Landa Ramírez, E., Pérez Sánchez, I. Sánchez Román, S. (2014) Ansiedad y depresión relacionada con la presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. Universidad Nacional Autónoma de México. -2014
30. Dávila Riega D. E. L. (2017) Características clínico epidemiológicas y frecuencia de depresión en pacientes con cáncer en estado terminal en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur-Arequipa-2017.
31. Gambetta Menéndez, B. M. A: 2019 "Relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos de hospital LLL Daniel Alcides Carrión de Essalud de Tacna, 2017". Tacna-Perú 2019.
32. Espinoza-Suárez NR, Zapata del Mar CM, Mejía Pérez LA. Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Rev Neuropsiquiatr*. 2017;80(2). DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i2.3105>
33. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 1.2018. NCCN Guidelines & Clinical Resources. 2018 [Access 25/09/2019]. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.aspx](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx)
34. Ministerio de Salud, Cuba. Sección Independiente para el Control del Cáncer. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Cuidados del paciente al final de la vida. Estrategia Nacional para el

Control del Cáncer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. [Acceso 28/09/2020]. Disponible en: [https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CUB\\_B5\\_CUB\\_Estrategia\\_cancer.pdf](https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CUB_B5_CUB_Estrategia_cancer.pdf)

### **Conflicto de interés**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### **Contribución de los autores**

Celita Celada Cifuentes: Contribución importante a la idea y diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos. Redacción del borrador del artículo y de su versión final. Participó en el análisis e interpretación de los datos. Revisión crítica del borrador del artículo y de su versión final. Aprobación de la versión final que se envió para publicar.

Javier García Gutierrez, Cecilia Navarrete Dávalos, Sandra Pérez Palenzuela, Participó en la revisión crítica del borrador del artículo y de su versión final. Aprobación de la versión final que se envió para publicar.