



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

“MANEJO PALIATIVO DEL LINFOMA DE CÉLULAS B DE ALTO GRADO DE MAMA EN UNA PACIENTE DE 50 AÑOS ATENDIDA EN EL HOSPITAL “JULIO ENRIQUE PAREDES” SOLCA, NÚCLEO TUNGURAHUA”

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN CUIDADOS PALIATIVOS**

AUTORA:

Johanna Gabriela Muñoz Arévalo

DIRECTOR:

Dr. Julián Carrero Delgado

METODOLÓGO:

Dr. Alexandro Cruz Mariño

Quito, 2025

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor a mis hijos, Mía Valentina y Lucas Benjamín, quienes fueron la luz que iluminó mi camino y mi mayor fuente de inspiración. Gracias a ellos aprendí a no rendirme jamás, a seguir adelante con perseverancia y resiliencia, y a demostrar que los sueños se pueden alcanzar con esfuerzo y dedicación. Cada sacrificio hecho por la familia tiene sentido cuando está lleno de amor.

Gabriela

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por haber estado presente en cada etapa de este proceso, por guiarme en los momentos más difíciles y acompañarme en cada uno de mis largos y agotadores recorridos.

A mi madre, el pilar de mi vida, por ser mucho más que una madre: por ser mi ángel. A mi esposo, por sostener mi mano cuando sentí que podía caer, y por estar siempre dispuesto a levantarme con amor y fortaleza. A mi padre del alma y a mi hermano, por estar siempre prestos a apoyarme y ayudarme a superar cualquier dificultad.

A mis docentes, gracias por enseñarme que la medicina no es solo ciencia, sino también empatía, entrega y amor. Y a los amigos que me acompañaron en este camino, gracias por hacerlo más llevadero, por su apoyo y su compañía incondicional.

Gabriela

“MANEJO PALIATIVO DEL LINFOMA DE CÉLULAS B DE ALTO GRADO DE MAMA EN UNA PACIENTE DE 50 AÑOS ATENDIDA EN EL HOSPITAL “JULIO ENRIQUE PAREDES” SOLCA, NÚCLEO TUNGURAHUA ”

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
TABLA DE CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
CAPÍTULO I.....	3
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO.....	6
Linfoma no Hodgkin extra ganglionar (mama).....	6
Definición.....	6
Epidemiología	6
Fases, niveles y pasos de los cuidados paliativos	12
Tipos de cuidados paliativos	14
Evaluación de pacientes paliativos.....	17
Gestión y administración de síntomas.....	18

El dolor. Generalidades	19
Manejo paliativo del dolor	24
Manejo paliativo de las náuseas y vómitos (NyV).....	31
Manejo paliativo del estreñimiento en pacientes oncológicos	32
Manejo paliativo de la espiritualidad en pacientes oncológicos	34
Manejo paliativo de úlceras en pacientes oncológicos	35
CAPÍTULO III	38
CASO CLÍNICO	38
Anamnesis	38
Análisis de Laboratorio	40
Análisis Histopatológico	41
Análisis de Imágenes.....	42
Evolución	43
CAPÍTULO IV	47
DISCUSIÓN	47
Limitaciones de la Investigación.....	54
CAPÍTULO V	55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
Conclusiones	55
Recomendaciones.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

ANEXOS.....	67
Anexo 1. Flujograma de manejo del dolor en pacientes en Cuidados Paliativos	67
Anexo 2. Profilaxis primaria para el manejo de las NyV	68
Anexo 3. Profilaxis secundaria para el manejo de las NyV	68
Anexo 4. Terapia de rescate para el manejo de las NyV.....	69
Anexo 5. Medidas generales y específicas para el estreñimiento	70
Anexo 6. Algoritmo en caso de estreñimiento instaurado	71
Anexo 7. Algoritmo terapéutico para el cuidado de úlceras neoplásicas.....	71
Anexo 8. Revisión de literatura científica. Uso de Litmaps	72
Anexo 9. Imágenes de pruebas de RX	73
Anexo 10. Imágenes de masa tumoral	77
Anexo 11. Consentimiento informado	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fases del proceso de CP.....	13
Tabla 2. Escala de evaluación de cuidados paliativos	17
Tabla 3. Clasificación del tipo de dolor.....	25
Tabla 4. Valoración del paciente oncológico.....	25
Tabla 5. Plan Terapéutico Integral (PTI)	26
Tabla 6. Técnicas Psicoeducativas.....	27
Tabla 7. Técnicas Psicoeducativas.....	28
Tabla 8. Técnicas Psicoeducativas.....	29
Tabla 9. Opioides Fuertes	29
Tabla 10. Efectos adversos	30
Tabla 11. Clasificación de NyV según su aparición	31
Tabla 12. Abordaje del estreñimiento en pacientes oncológicos.....	33
Tabla 13. Valoración de úlceras tumorales.....	36
Tabla 14. Cuidados de las úlceras.....	36
Tabla 15. Resultados de laboratorio.....	40
Tabla 16. Hallazgos histopatológicos	41
Tabla 17. Criterios de elegibilidad.....	47
Tabla 18. Preguntas de investigación.....	48
Tabla 19. Registros del metaanálisis.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Niveles de los CP.....	13
Figura 2. Intervención nutricional en el paciente con enfermedad avanzada terminal.....	17
Figura 3. Manejo de síntomas.....	19
Figura 4. Integración de los cuidados paliativos en una enfermedad progresiva	20
Figura 5. Tipos de dolor.....	21
Figura 6. Concepción de la totalidad del dolor	23
Figura 7. Modelo Multidimensional creado por Ferris.....	24
Figura 8. Categorías que representan la espiritualidad.....	35
Figura 9. Línea de tiempo de la evolución.....	46
Figura 10. Método PRISMA.....	49
Figura 11. Cuidados Paliativos prevalentes	51

RESUMEN

Los cuidados paliativos abarcan un espectro amplio y complejo de intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida en pacientes con enfermedades avanzadas. Estos crean un enfoque holístico que atiende las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente. El Ecuador ha visto en los últimos años un aumento notable en la incidencia del cáncer. Según estadísticas recientes, el cáncer de mama, próstata y pulmón son las modalidades más comunes. La detección tardía y el acceso limitado a tratamientos adecuados contribuyen a una alta tasa de mortalidad. A pesar de la existencia de instituciones como SOLCA (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer) que se esfuerzan por ofrecer tratamientos especializados, muchos pacientes continúan enfrentando dificultades para acceder a la atención necesaria en las etapas finales de su enfermedad. Es aquí donde los cuidados paliativos se vuelven cruciales. La paciente caso de estudio tenía 50 años, presentaba una policitemia desde hace 22 años. En enero 2023 se encontró un nódulo en mama izquierda de 2 cm. de diámetro, este reflejó un crecimiento acelerado y en marzo 2023 crece hasta 20 cm. Posteriormente presenta descompensación hemodinámica con anemia severa e ingresa a terapia intensiva. En SOLCA se le realiza quimioterapias de primera línea, así como exámenes de laboratorio, imágenes e histopatológicos. Los cuidados paliativos se le brinda desde enero 2025 y se enfoca solo a curaciones de emergencia y medicación para el dolor. La paciente fallece en su hogar en compañía de su esposo y el apoyo de la iglesia a la que pertenecía quienes le brindaron apoyo espiritual. En conclusión se demuestra que los cuidados paliativos fueron limitados, por lo que es necesario que esta unidad de salud forme equipos multidisciplinarios debidamente capacitados para este proceso.

Palabras claves: Manejo paliativo, linfoma, células B, mama

**“PALLIATIVE MANAGEMENT OF HIGH GRADE B-CELL LYMPHOMA
OF THE BREAST IN A 50 YEAR OLD PATIENT ATTENDED AT THE “JULIO
ENRIQUE PAREDES” HOSPITAL, SOLCA, TUNGURAHUA NUCLEUS”.**

ABSTRACT

Palliative care encompasses a broad and complex spectrum of interventions aimed at improving quality of life in patients with advanced illness. They create a holistic approach that addresses the physical, emotional, social and spiritual needs of the patient. Ecuador has seen a notable increase in the incidence of cancer in recent years. According to recent statistics, breast, prostate and lung cancer are the most common modalities. Late detection and limited access to adequate treatment contribute to a high mortality rate. Despite the existence of institutions such as SOLCA (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer) that strive to offer specialized treatments, many patients continue to face difficulties in accessing the necessary care in the final stages of their disease. This is where palliative care becomes crucial. The case study patient was 50 years old, presenting with polycythemia for 22 years. In January 2023 a nodule of 2 cm in diameter was found in the left breast, it showed an accelerated growth and in March 2023 it grew up to 20 cm. Subsequently, she presented hemodynamic decompensation with severe anemia and was admitted to intensive care. First line chemotherapy, as well as laboratory, imaging and histopathological tests are performed at SOLCA. Palliative care is provided since January 2025 and focuses only on emergency cures and pain medication. The patient died at home in the company of her husband and the support of the church to which she belonged, who provided her with spiritual support. In conclusion, it is demonstrated that palliative care was limited, so it is necessary for this health unit to form multidisciplinary teams properly trained for this process.

Key Words: Palliative management, lymphoma, B-cell, breast

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El manejo paliativo del linfoma de células B de alto grado se centra en mitigar los síntomas y potenciar la calidad de vida del enfermo. Las alternativas comprenden la quimioterapia para regular el desarrollo del linfoma, gestionando los efectos adversos y la implementación de tratamientos paliativos como la gestión del dolor, atención psicosocial y atención al bienestar emocional. La elección del tratamiento particular debe ser individualizada, teniendo en cuenta el estado general del paciente y sus gustos.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aproximadamente el 40% de personas a nivel mundial requieren de cuidados paliativos (CP) cada año, debido al envejecimiento de la población o al incremento de enfermedades crónicas (EC) y no transmisibles (ENT) y enfermedades terminales. Considerando que estos pacientes tienen enfermedades incurables y afectan de manera significativa su calidad de vida y la de su familia, los CP representan una necesidad urgente. Por esta razón, el profesional (es) responsable de esta actividad no solo requiere conocimientos propios de especialidad, sino que debe conocer acerca de atención emocional con habilidades de comunicación efectiva – terapéutica, bienestar espiritual, entre otros, que garantice ganarse la confianza del paciente y su familia. Los CP están a cargo de equipos multidisciplinarios en distintos ámbitos que van desde el tratamiento de los síntomas hasta la toma de decisiones (1).

El linfoma de mama es una neoplasia maligna poco común que se origina en el tejido linfoide presente en la glándula mamaria, o bien, puede ser una manifestación secundaria de un linfoma sistémico. Representa una fracción mínima de todos los cánceres de mama y de los linfomas no Hodgkin, lo que lo convierte en un desafío diagnóstico y terapéutico. La mayoría de los casos corresponden a linfomas difusos de células B grandes,

aunque también pueden observarse otros subtipos histológicos. Clínicamente, suele presentarse como una masa mamaria indolora, a veces acompañada de síntomas menos específicos como engrosamiento de la piel, edema o incluso síntomas B (fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso) si la enfermedad está diseminada. El diagnóstico certero se establece mediante biopsia del tejido mamario afectado, y el estadiaje, que implica una evaluación exhaustiva de la extensión de la enfermedad, es crucial para guiar el tratamiento, que a menudo incluye quimioterapia, radioterapia o una combinación de ambas, adaptándose a las características moleculares y clínicas de cada caso.

En este contexto, es una enfermedad compleja y que requiere tratamientos intensivos, por lo que, los cuidados paliativos emergen como un componente indispensable en el manejo holístico de los pacientes con linfoma de mama. Lejos de ser una opción exclusiva para etapas avanzadas, los cuidados paliativos se centran en la prevención y alivio del sufrimiento, mejorando la calidad de vida tanto del paciente como de su familia, desde el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el curso de la enfermedad. Su importancia radica en la capacidad de ofrecer un apoyo integral que abarca el manejo de síntomas físicos (dolor, fatiga, náuseas, disnea) derivados de la enfermedad misma o de los efectos adversos de los tratamientos, así como la atención a las necesidades psicológicas, sociales y espirituales. El impacto en los pacientes con linfoma de mama es profundo, ya que la integración temprana de los cuidados paliativos les permite mantener un mayor control sobre su enfermedad, participar activamente en las decisiones terapéuticas y afrontar el proceso con mayor dignidad y bienestar. Al mitigar el sufrimiento, los cuidados paliativos facilitan una mejor adherencia a los tratamientos oncológicos, promueven la resiliencia y, en última instancia, contribuyen significativamente a una mejor calidad de vida durante todo el trayecto de la enfermedad.

El Linfoma de Células B de Alto Grado de Mama, por su agresividad y las características de sus tratamientos, requiere un enfoque de cuidados paliativos que sea

temprano, integral y multidisciplinario. Es fundamental comprender que los cuidados paliativos no son solo para la fase final de la vida, sino que deben iniciarse desde el momento del diagnóstico y acompañar al paciente en todas las etapas de la enfermedad, incluso mientras recibe tratamientos curativos. El manejo adecuado de los cuidados paliativos en pacientes con linfoma de células B de alto grado de mama requiere un equipo multidisciplinario que trabaje de forma coordinada y centrada en el paciente y su familia.

En base a lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue describir las características clínicas, genéticas, diagnóstico, manejo integral y paliativo del linfoma de células B de alto grado de mama en una paciente de 50 años atendida en el Hospital “Julio Enrique Paredes” SOLCA, Núcleo Tungurahua.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Linfoma no Hodgkin extra ganglionar (mama)

Definición

El linfoma se considera un grupo de tumores malignos heterogéneos de tejido linfoide. Para considerarlo un linfoma no Hodgkin primitivo de la mama, es preciso que sea una lesión nodular sin adenopatías (estadio I-E de Ann Arbor) o con adenopatías regionales (estadio II-E); sin diagnóstico previo de linfoma no Hodgkin, y con confirmación de biopsia confiable, incluidas las técnicas modernas necesarias para la definición de un linfoma no Hodgkin (2). Los Linfoma Primario de Mama (LPM) se caracterizan por: 1) la presencia de tejido mamario e infiltrado linfomatoso en estrecha relación, 2) adecuada muestra histopatológica, 3) no evidencia de la diseminación del linfoma al momento del diagnóstico y 4) sin existencia de linfoma extramamario al momento del diagnóstico, aunque puede haber compromiso ganglionar ipsilateral al momento del diagnóstico (Peng et al., 2021).

Epidemiología

Los linfomas constituyen el quinto cáncer más común a nivel mundial (4). Cabe destacar que el Linfoma no Hodgkin (LNH) representa el linfoma más habitual en la edad adulta, seguido del linfoma folicular. Asimismo, es una patología común en adultos mayores, con una edad media en el momento del diagnóstico de 70 años (5). El linfoma primitivo de la mama (PBL por sus siglas en inglés) se considera una forma rara de linfoma extra ganglionar localizado. Cabe recalcar su incidencia de 1,7 % a 2,2 % de los linfomas extra ganglionares; y de un 0,04 % a un 0,50 % de todos los linfomas no Hodgkin, son lesiones malignas de la glándula mamaria (6).

Aproximadamente el 85 % a 90 % de los casos son causados por células B, siendo infrecuentes los de células T, que alcanzan un 7%. De hecho, otras presentaciones observadas con menor frecuencia corresponden a los linfomas foliculares (7). En otras bibliografías se encuentran valores similares que indican que los linfomas primarios de la mama son raros, con una incidencia de 1,7-2,2 % de los linfomas extra ganglionares, y de un 0,38- 0.7 % de todos los linfomas no Hodgkin (2)

Diagnóstico

Los síntomas que usualmente suelen asociarse con los linfomas, como pérdida de peso, fiebre y sudoraciones nocturnas, no suelen ser tan frecuentes en los LPM La presentación clínica radiológica es similar a otros tumores de la glándula mamaria (8). En la mastografía puede identificarse al nódulo solitario como la lesión más característica (69-76 %). Por otra parte, al ultrasonido no se evidencian características específicas, puede observarse un nódulo oval o irregular, con márgenes indistintos, con reforzamiento posterior. Los linfomas suelen presentar hipervascularidad a la modalidad Doppler en la ecografía (55-64%). En la resonancia magnética no se advierten características específicas; sin embargo, se pueden observar masas ovaladas con hipointensidad en T1 e hiperintensidad en T2. En la tomografía por emisión de positrones (PET-CT), los linfomas muestran una captación alta de 18 FDG (fluorodeoxiglucosa), indistinguible de cualquier carcinoma mamario. Esta última modalidad por imagen es muy sensible y específica en la evaluación de respuesta al tratamiento (9).

Se requiere la toma de biopsia, que puede ser escisional o por aguja de core. En efecto, la escisional se prefiere por su naturaleza menos invasiva. No se recomienda la aspiración con aguja fina, ya que con esta no se pueden visualizar datos histopatológicos imprescindibles para la correcta subclasificación de los linfomas (8).

La mayoría de las pacientes que lo presentan suelen ser mayores de 50 años. Generalmente son unilaterales, el compromiso bilateral de mama está presente en un bajo porcentaje de los casos (10). En términos generales, el tamaño promedio del tumor oscila de 1 a 4 cm de diámetro (rango 1-20 cm). En el ámbito clínico no se han descrito diferencias entre un linfoma y un carcinoma mamario, el síntoma más frecuentemente referido es la palpación de un tumor doloroso intramamario, aunque pueden aparecer otros, considerados como específicos de los linfomas; tales como pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna, lo que suele aparecer en menos del 5% de los casos (11).

En el 50% de las pacientes, los nódulos se localizan en el cuadrante superior externo de la mama. En la mayoría de las publicaciones se señala la mama derecha como la más frecuentemente afectada, sin que exista una explicación para esta coincidencia. Las lesiones crecen rápidamente con diseminación a la médula ósea y sistema nervioso central, presentan un mal pronóstico (12).

Cabe destacar, que el estadio según los criterios de la clasificación de Ann Arbor constituye un factor pronóstico significativo para la supervivencia de las pacientes (13). El uso de inmunohistoquímica sustenta la clasificación y el pronóstico del linfoma es estándar. También, se considera común el uso de técnicas moleculares de análisis empleando ADN microarrays, facilitando la identificación de “firmas” moleculares diferentes en linfomas con morfología idéntica (14). Según la Clasificación Histológica de los Tumores de la Mama divide los linfomas malignos primitivos de la mama en: linfoma difuso de células B grandes, linfoma de Burkitt, linfoma extra nodal de zona marginal de células B de tipo MALT, linfoma folicular y linfoma linfoplasmocitoide (15). En los casos en los que se presenta un linfoma no Hodgkin primario de la mama se sospecha, en la mayoría de las pacientes, la presencia de un carcinoma

primario de la mama. Cabe resaltar, que el diagnóstico de linfoma se realiza por la biopsia más inmunohistoquímica (16).

Resulta importante diferenciar el subtipo para identificación de las tasas de recurrencia y mortalidad. En efecto, el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) posee mayor mortalidad (17). Clínicamente se presentan como un nódulo solitario, palpable, móvil, indoloro, de rápido crecimiento, que puede acompañarse o no de linfadenopatía axilar. Otras formas de presentación infrecuente incluyen al eritema, retracción o edema cutáneo. Se debe complementar su estudio por medio de inmunohistoquímica con CD15 (antígeno de diferenciación), CD30, CD3, CD45, CD20, CD79a, BCL6 (proteína 6 del linfoma de células B), PAX-5 (paired box) (18).

Resulta importante diferenciar el subtipo para identificación de las tasas de recurrencia y mortalidad. En efecto, el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) posee mayor mortalidad (17). Clínicamente se presentan como un nódulo solitario, palpable, móvil, indoloro, de rápido crecimiento, que puede acompañarse o no de linfadenopatía axilar. Otras formas de presentación infrecuente incluyen al eritema, retracción o edema cutáneo. Se debe complementar su estudio por medio de inmunohistoquímica con CD15 (antígeno de diferenciación), CD30, CD3, CD45, CD20, CD79a, BCL6 (proteína 6 del linfoma de células B), PAX-5 (paired box) (18).

Se ha detallado la posibilidad de diferenciar los LPM y el carcinoma ductal por medio de sus características citológicas. Los LPM muestran proliferaciones de células linfoides caracterizadas por células redondas no cohesivas de tamaños variables, mientras que el tridimensionales cohesivos de células tumorales que contienen vacuolas de mucina, un hallazgo característico del adenocarcinoma (19).

Tratamiento Oncológico

El manejo del linfoma no Hodgkin primario de la mama se efectúa según el grado histológico. Las pacientes con la enfermedad de bajo grado deben manejarse con radioterapia (10). En particular, las pacientes con grado intermedio o alto grado de la enfermedad tendrán mejor resultado, si la quimioterapia se combina con ciclofosfamida, combinada con corticoide (20). Además, se ha observado el impacto el rituximab en los patrones de reincidencia y en el resultado paralelo en el linfoma primario difuso de células B grandes de la mama (21). Una vez que se realiza el diagnóstico de linfoma, las pacientes son tratadas con combinación de radioterapia y cirugía. La quimioterapia debería ser incluida en la multimodalidad de tratamiento de esta enfermedad, sobre todo por la elevada incidencia de recaída en el SNC (22).

Los patrones clínicos, radiológicos e histológicos de presentaciones previamente publicadas, los índices de respuesta y los tiempos de supervivencia parecen decepcionantes, probablemente debidos al tratamiento inicial de tumorectomía o mastectomía en algunos pacientes (23). El tratamiento incluye cirugía, radioterapia (RT), quimioterapia (QT) e inmunoterapia, ya sea solos o en combinación (23). Es importante mencionar que no hay guías de tratamiento establecidas y este es aún controversial (Jennings et al., 2007). Actualmente, la mayoría de las pacientes reciben quimioterapia - radioterapia, y un número cada vez menor de pacientes se someten a cirugía, ya que esta última no ha reportado un impacto en la sobrevida (9). Se ha descrito que el pronóstico depende del tiempo de inicio de tratamiento y de la estirpe histológica, los que determinan la supervivencia (24).

El linfoma no Hodgkin primario de la mama se desarrolla con rapidez y diseminación a la médula ósea y sistema nervioso central, generalmente de corta sobrevida (2).

El linfoma de células B es una neoplasia que responde a quimioterapia con una tasa de curación del 40-50% (25). El inmunofenotipo celular varía entre los diferentes tipos de

LNH; sin embargo, más del 90% son CD20+; por este motivo el estudio del antígeno de membrana CD20 se considera un blanco terapéutico potencial para el tratamiento de esta entidad el uso de rituximab (26).

Cuidados Paliativos (CP). Caracterización general

El término de cuidados paliativos ha sido discutido por varios organismos y profesionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que es un enfoque que contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y los familiares que se encuentran atravesando una enfermedad mortal, se enfoca sobre todo en la prevención y el alivio del sufrimiento en el contexto físico, psicosocial y espiritual (27). Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la considera como la respuesta que se da ante la presencia de sufrimiento en salud de pacientes con enfermedades graves y que la medicina no puede curar. Estos cuidados se enfocan en el manejo del dolor y otros síntomas físicos juntamente con el apoyo psicosocial y espiritual (28).

También se define a los CP como el manejo de los síntomas que se realiza a personas en etapa terminal de su enfermedad o que se encuentran próximas a la muerte; es decir, son cuidados para el buen morir, estos van desde el alivio de los síntomas hasta la respuesta a tratamientos curativos (29).

Sin embargo, la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP), intenta consensuar en una definición de CP al mencionar que es una asistencia holística a personas de cualquier edad que tiene gran sufrimiento debido a una enfermedad grave y/o severa y están en la fase final de su vida, La finalidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes, familiares y cuidadores (30).

Una vez analizadas las definiciones expuestas se puede concluir que los cuidados paliativos representan un enfoque de atención activo e integral que brinda una respuesta profesional, científica y humana a las demandas complejas y variables de aquellos que sufren una enfermedad grave, progresiva y sin alternativa de cura, así como al entorno familiar del paciente. Por lo tanto, la unidad a tratar abarca no solo al individuo enfermo, sino también a su centro de atención. Esta respuesta se orienta desde un punto de vista de prevención y mitigación del dolor y, por ende, dirigido a la mejora de la calidad de vida, fundamentada en el riguroso respeto a la autonomía, valores y anhelos individuales, y satisfaciendo no solo las necesidades físicas, sino también las emocionales, sociales y espirituales.

Estos equipos de trabajo responsables de brindar los cuidados paliativos están conformados por: médico(a), trabajador(a) social, consejero(a) espiritual, enfermera(o), tanatólogo(a). Son los encargados de evaluar y ayudar en los diferentes tratamientos de los síntomas, así como, el apoyo en la toma de decisiones, en el bienestar espiritual (Sánchez & Chaves, 2017). Uno de los instrumentos que contribuya a un adecuado desarrollo de este equipo de trabajo es la comunicación terapéutica. Esta facilita el manejo de la pérdida, el acompañamiento, la recuperación de actividades de la vida diaria, y brindar seguridad y confianza al paciente y su familia (32).

Fases, niveles y pasos de los cuidados paliativos

Inicialmente, la atención paliativa era considerada como dicotómica y se encontraba excluida del tratamiento curativo. Esta era utilizada solo cuando el tratamiento curativo ya era efectivo y era opcional para el paciente, lo que le producía una disyuntiva. Posteriormente se lo consideró como un nuevo modelo bajo un enfoque de “cuidados simultáneos” y orientado a mejorar la calidad de vida desde la fase inicial de la enfermedad y no solamente en sus estadios

finales; esta abarca cuestiones médicas, necesidades emocionales y espirituales tanto del paciente, del cuidador y de su entorno (33). De manera genérica se establecen puntos clave para el proceso de los cuidados paliativos:

Tabla 1.

Fases del proceso de CP

Fase inicial, cercana al diagnóstico	Información acerca de la enfermedad y el pronóstico, las alternativas de tratamiento, las sugerencias no farmacológicas, e incorporar el proceso de planificación colectiva de cuidados.
Fase intermedia	Intensificar la planificación conjunta de cuidados e informar acerca de la posibilidad de completar los documentos de voluntades anticipadas (DVA), antes de que se perjudique la habilidad del paciente para tomar decisiones.
Fase final de la vida o de enfermedad con necesidades más complejas	Poner en marcha las VA o acciones acordadas con el paciente y la familia, y establecer un plan de acción en los CP especializados que se especificará más adelante.

Fuente: compilación realizada por la autora de la publicación “Palliative care in Parkinson's disease and other movement disorders. Recommendations and protocol of a multidisciplinary group of experts” (34).

Los cuidados paliativos pueden ser administrados tanto a nivel básico como especializado, dependiendo de las necesidades de los pacientes, estos pueden realizarse en el domicilio, en consulta externa u hospitalización, en la siguiente figura se muestra la descripción de los niveles:

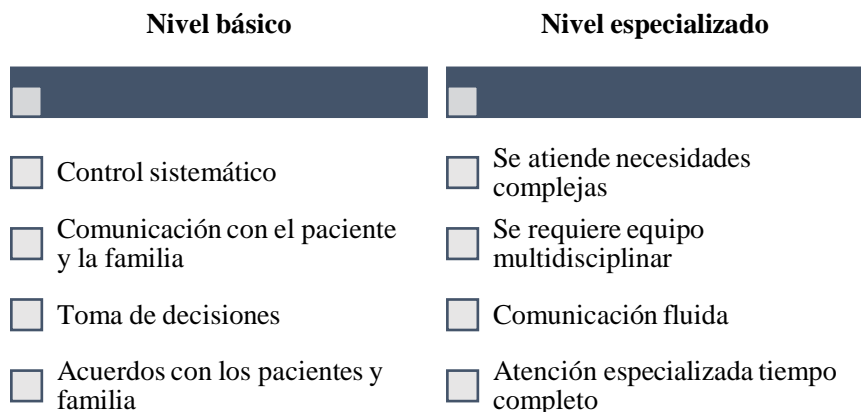


Figura 1

Niveles de los CP

Fuente: compilación realizada por la autora de la publicación “Palliative care in Parkinson's disease and other movement disorders. Recommendations and protocol of a multidisciplinary group of experts”. (Álvarez Saúco et al., 2024).

Sin embargo, la estructura de cada centro y/o sistema de salud es el aspecto más esencial y decisivo. Es necesario que el sistema involucrado sea multidisciplinar. Para la implementación de los cuidados paliativos se requiere cumplir con los pasos que se esquematizan en la figura 4 y que se detallan a continuación:

1. Identificación y descripción del paciente durante la consulta de neurología (paciente diana).
2. Incorporación en la cadena de los CP (básicos o especializados).
3. Determinar el sector de salud/centro sanitario/médico de atención médica responsable del paciente.
4. Determinar y establecer la persona del cuidador principal o su falta.
5. Evaluación regular de la condición del paciente para reconocer los objetivos logrados, nuevas situaciones y la demanda de cuidados psicológicos especializados.
6. Efectuar encuentros regulares entre los servicios involucrados para: evaluar de manera conjunta los casos, resolver problemas de la cadena y promover acciones de mejora.

Tipos de cuidados paliativos

Para llevar a cabo los cuidados paliativos es necesario un equipo multidisciplinario. El objetivo de estos expertos es proporcionar a los pacientes en estado terminal un apoyo profesional, interdisciplinario, competente y personalizado. Este cuidado se suministra al paciente y a su familia. Además, se proporciona una guía clínica, psicológica y espiritual. Los sistemas paliativos se fusionan con la atención a domicilio, este procedimiento reduce las prolongadas y costosas hospitalizaciones, y especialmente la probabilidad de sufrir un

"encarnizamiento terapéutico". Los cuidados paliativos a domicilio ofrecen una serie de ventajas tanto para el paciente, la familia como para el sistema sanitario. Para el primero, le permite mantener un entorno conocido, en base a las tareas cotidianas que realiza y que le permita disfrutar de una dieta variada; mientras que, para los segundos, facilita una interacción activa con el paciente, en donde los cuidados se realizan con más serenidad y sin apuros. Por último, para el sistema sanitario disminuye los gastos y tiempos de hospitalización y la posibilidad de tratamientos innecesarios (Velasco, 2018).

Uno de los procedimientos esenciales en los pacientes con cáncer es la hidratación artificial (HA) y la intervención en el final de la vida. Estos pacientes experimentan un deterioro funcional vinculado directamente con la ingesta de alimentos, lo que afecta directamente su consumo de líquidos. Por lo tanto, es necesario proporcionar un soporte híbrido al paciente a través de una vía intravenosa o subcutánea. Esta HA se refiere a la administración de agua y/o soluciones a través de vías no orales, satisfaciendo una de las necesidades fundamentales de los seres humanos, disminuyendo los procesos de deshidratación, neurotoxicidad por opioides y/o cansancio (Allende- Pérez & Verástegui-Avilés, 2013).

En el ámbito de los tratamientos paliativos se han propuesto tratamientos oncológicos no radicales, que se sugieren cuando se observa la existencia de cargas físicas, psicológicas y financieras. Entre las más destacadas se incluyen:

1. **La radioterapia paliativa ofrece un beneficio sintomático**, se aplica cuando se presentan metástasis ósea sintomática, metástasis ósea en huesos y compresión en la médula espinal.
2. **Hormonoterapia paliativa**, es una terapia hormonal que ejerce un efecto inductor contra el tumor.

3. **La quimioterapia paliativa** es un tratamiento no curativo que se proporciona con la finalidad de mejorar la gestión de síntomas, elevar la calidad de vida y/o potenciar la supervivencia.
4. **Cirugía paliativa**, son técnicas quirúrgicas que suelen reducir las grandes masas de tumores a nivel local hasta cirugías derivativas (35).

Otro componente esencial en los cuidados paliativos es la nutrición, ya que esta modifica tanto su estado médico como biológico; esto se debe a la caquexia o disminución progresiva e involuntaria de peso. Por lo tanto, uno de los riesgos más significativos para los pacientes con cáncer es la desnutrición. Este fenómeno se denomina "síndrome de anorexia - caquexia", es una serie de síntomas que se distinguen por la pérdida de peso y la saciedad. Las estrategias nutricionales se organizan en función de las expectativas de vida (EV) de los pacientes, no se debe comenzar si la EV es inferior a 3 meses. La nutrición artificial (NA) debe llevarse a cabo considerando el deseo del paciente y las diversas interrogantes éticas. Como se muestra en la siguiente figura:

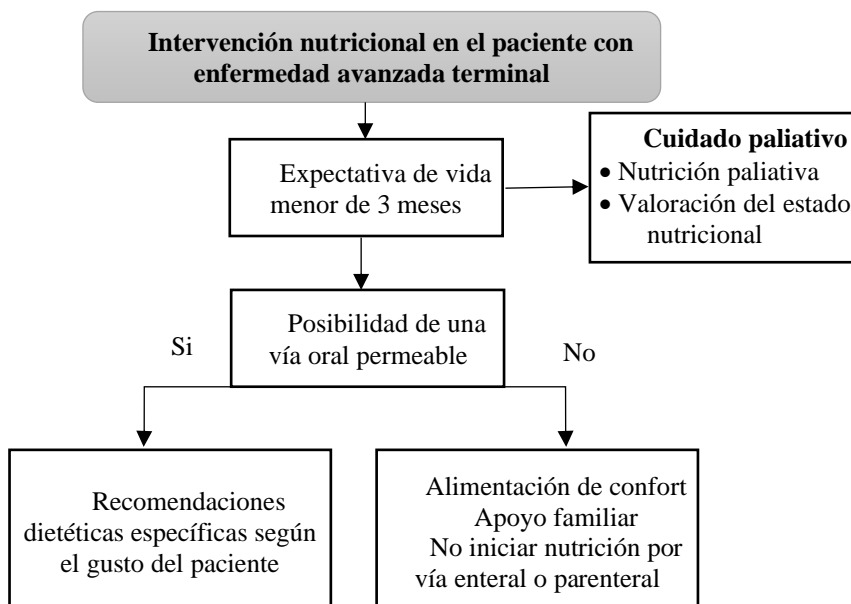


Figura 2.*Intervención nutricional en el paciente con enfermedad avanzada terminal*

Nota. Compilación realizada por el autor de la publicación “AIDS and non-Hodgkin’s lymphoma. Experience at an oncological center in México.”, (36).

Evaluación de pacientes paliativos

Para una adecuada identificación de los cuidados paliativos que se debe dar a un determinado pacientes, es necesario realizar una evaluación funcional y de dependencia o performance status. Para este propósito, se aconseja el uso de dos escalas: ECOG (Grupo Colaborativo Oriental de Oncología), y Karnofsky; la primera es el predictor más eficaz de pronóstico, mientras que la segunda identifica las competencias del paciente en la ejecución de sus actividades cotidianas.. Como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2.*Escala de evaluación de cuidados paliativos*

ECOG		KARNOFSKY	
Actividad completa. Puede cumplir tareas como antes de la enfermedad	0	Normal, sin signos de enfermedad	100
		Capaz de actividades normales pero con síntomas leves	90
Solo actividades que no requieren esfuerzos. Sigue siendo ambulatorio y haciendo trabajos ligeros.	1	Actividad normal con esfuerzo, algunos síntomas mórbidos	80
		Capaz de cuidarse, pero no de realizar actividad normal o trabajo	70
Ambulatorio y capaz de cuidarse, pero no de realizar cualquier trabajo. En cama menos del 50% del día.	2	Requiere atención ocasional, pero puede cuidar de sí mismo	60
		Requiere de gran atención, incluso médica	50
Solo puede cuidarse en parte. En cama más del 50% del día.	3	Inválido, necesita de cuidados y atenciones especiales	40
		Inválido grave, hospitalización y tratamiento de soporte activo	30
Totalmente inválido e incapaz de cuidarse, postrado en cama.	4	Muy enfermo, necesita de hospitalización y tratamiento activo	20
		Moribundo	10
Muerto	5	Muerto	0

Nota: Compilación realizada por la autora de la publicación *Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo*, (37)

Esta evaluación debe ser realizada por todo el equipo de salud asignado, no puede ser improvisada. Es imperativo que los equipos presten atención al sufrimiento integral del paciente, con el objetivo de adaptar un modelo de cuidados que se ajuste a las necesidades de los pacientes y su familia.. Estos cuidados deben iniciar desde las fases tempranas de su enfermedad, por lo que debe generar un plan comprensivo y de consenso, el mismo que se irá adaptando de manera continua a su modelo de cuidado. Dentro de los principales síntomas que se deben tratar en el 70% de los pacientes es el dolor, la anorexia y la astenia. Además, pueden presentar disnea, tos, fatiga, náuseas, constipación, deshidratación, insomnio y trastornos psicológicos. Estos síntomas son cambiantes a medida que evoluciona su enfermedad y el uso de terapias como cirugía, radioterapia, quimioterapia y sus diferentes reacciones adversas. Por lo expuesto, es necesario reevaluar de manera periódica los posibles cambios en la sintomatología (37).

Gestión y administración de síntomas

El objetivo de la administración de síntomas es brindar el máximo alivio y optimizar la calidad de vida en la medida de lo posible. En todas las circunstancias, es imperativo buscar algún tratamiento o acción que brinde al menos un alivio parcial. Nunca se debe considerar que no existe ninguna otra alternativa que pueda ser implementada. El éxito en la gestión de síntomas se fundamenta en una evaluación adecuada (investigar la causa de los síntomas, identificar el mecanismo fisiopatológico y el tratamiento), una correcta administración terapéutica (corregir causas subyacentes, incluir tratamiento no farmacológico y farmacológico, realizar las modificaciones pertinentes), y una revisión y seguimiento constante de los mismos terapéutica (seguimiento constante, evaluación de la efectividad del manejo terapéutico, monitorización) (38).

Uno de los síntomas que con mayor frecuencia se presenta en personas que requieren CP es la debilidad que se asocia a la falta de fuerza física o falta de energía; la fatiga se

refiere a la falta de fuerza, se presenta con una respiración frecuente o difícil; la astenia falta de fuerza física. Las causas de estos síntomas son la deshidratación, anemia, inmovilidad, anorexia, fallas orgánicas, inflamaciones sistemáticas, dolor, quimioterapias, alteraciones del sueño, medicación, depresión, ansiedad, estrés, entre otros. La evaluación se realiza con la identificación de la interferencia de sus actividades diaria. El manejo se realiza por tres vías (39). Como se muestra en la siguiente figura:

Tratar causas subyacentes	Medidas generales	Medidas farmacológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Infección: Tratamiento antibiótico • Anemia: Evaluar transfusión • Metabólico: corregir hiperoxia o hipoglucemia • Deshidratación: corregir desequilibrio hidroelectrolítico • Fármacos: Corrección y ajuste • Caquexia â Anorexia: ver el algoritmo de manejo • Dolor: ver algoritmo de manejo • Depresión: ver algoritmo de manejo. • Ansiedad: ver algoritmo de manejo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección: Tratamiento antibiótico • Anemia: Evaluar transfusión • Metabólico: corregir hiperoxia o hipoglucemia • Deshidratación: corregir desequilibrio hidroelectrolítico • Fármacos: Corrección y ajuste • Caquexia â Anorexia: ver el algoritmo de manejo • Dolor: ver algoritmo de manejo • Depresión: ver algoritmo de manejo. • Ansiedad: ver algoritmo de manejo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esteroides: Se considera su efecto de 4-6 semanas <ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona • Metilprednisona • Progestágenos <ul style="list-style-type: none"> • Megestrol • Psicoestimulantes <ul style="list-style-type: none"> • Metilfenidato • Modafinilo

Figura 3.

Manejo de síntomas

Fuente: Sedation for delirium and other symptoms in terminally ill patients in Edmonton, (39)

El dolor. Generalidades

Uno de los síntomas que con mayor frecuencia presentan los pacientes que se encuentran con enfermedades en fase crónica y/o terminal es el dolor. Para este propósito, se administran analgésicos opiáceos a los pacientes que alivian síntomas físicos dolorosos. La morfina es un opioide ampliamente utilizado. Entre los efectos secundarios de estos medicamentos

se incluyen alucinaciones, mioclono y delirium. La implementación de estos recursos tiene como objetivo optimizar las condiciones de vida y la calidad de vida de este conjunto de enfermos. De ahí que, el grupo terapéutico de CP debe estar debidamente capacitado para resolver las múltiples situaciones clínicas, que debido a las diferentes intervenciones a las que se ven expuesta los pacientes tienen que afrontar, por esta razón es fundamental que los cuidados paliativos se integren sistemáticamente en las enfermedades progresivas (40), como se muestra en la siguiente figura:

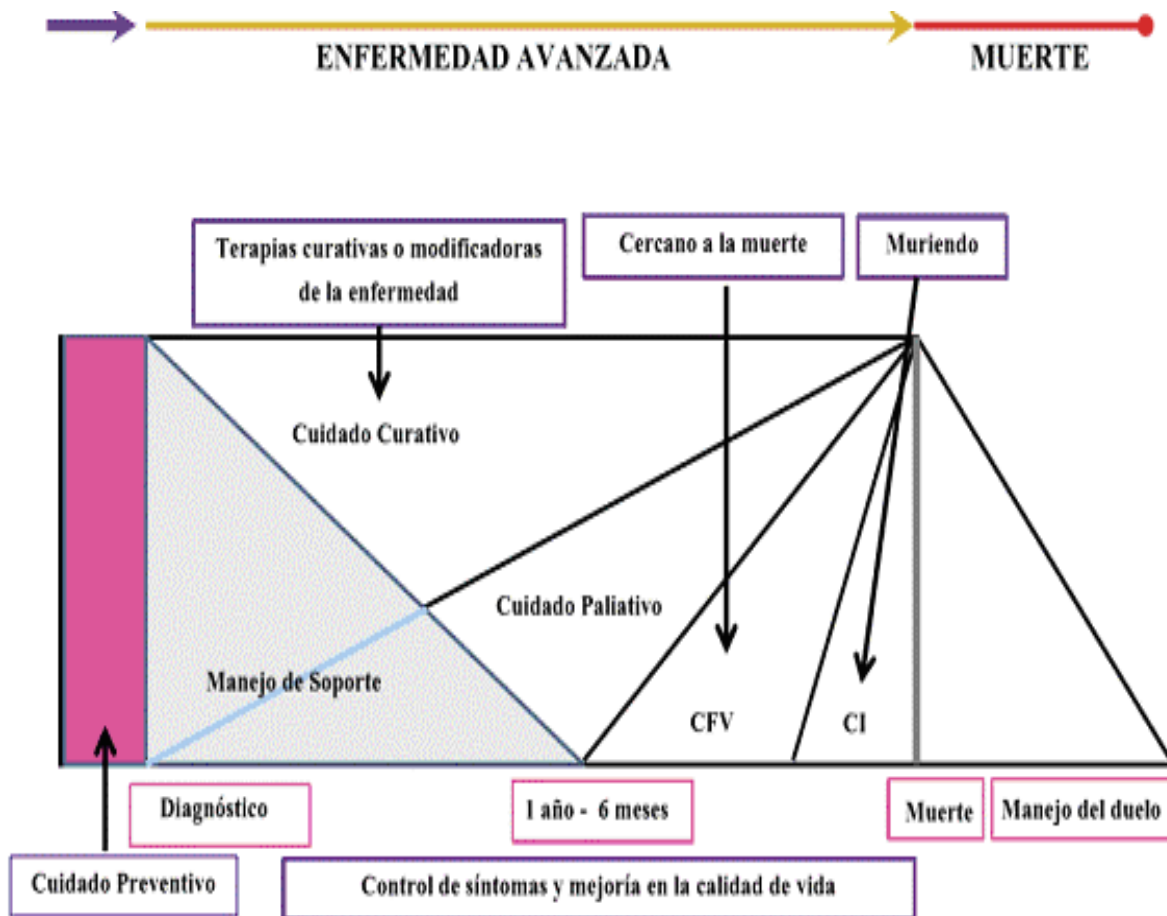


Figura 4.
Integración de los cuidados paliativos en una enfermedad progresiva
 Fuente: Ethical Issues and Palliative Care in the Cardiovascular intensive Care unit, (40)

La finalidad de tratar de manera oportuna el dolor es controlarlo, porque este disminuye la actividad física, el apetito, el sueño, la pérdida de control de las persona, influyendo en su calidad de vida. Existe diferentes tres tipos de dolor (41):

Dolor no relacionado con el cáncer	Dolor relacionado con el cáncer	Dolor no oncológico	Dolor oncológico
<ul style="list-style-type: none"> • Dura al menos de 3 a 6 meses • Afecta al 10 al 25% de la población • Repercute su calidad de vida física, psíquica, social • Precisa la combinación de fármacos que actúa en componentes como nociceptivo y neuropático 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparece en los estadios intermedios en el 30 al 45% de pacientes • El dolor va de moderado a grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta por neuropatías periféricas y distrofias simpáticas • Artritis y periartrosis • Síndrome miofaciales • Dolor lumbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta por causas mecánicas: crecimiento tumoral, enfermedad metastásica • Surge por efectos del tratamiento, cirugías y quimioterapia • por otras causas relacionadas como debilidad, fracturas, espasmo muscular, osteoporosis, otros

Figura 5.

Tipos de dolor

Fuente: Dolor crónico de origen no oncológico, (41).

Los fundamentos de la gestión del dolor incluyen: analgesia, garantizando la correcta utilización de los analgésicos opioides y evitando su desvío; prevenir y minimizar efectos colaterales, mediante el uso de medicamentos auxiliares y la dosificación óptima del opioide; prevenir la somnolencia, la constipación, la boca seca y otros; mejorar la calidad de vida, abarcando aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales (42).

Los analgésicos opioides son categorizados en función de su afinidad a receptores específicos en:

1. **Agonistas Puros.** Morfina, hidromorfona, codeína, oxicodona, hidrocodona, metadona, tapentadol y fentanilo.
2. **Antagonistas Mixtos Agonistas.** Nalbufina, también conocida como Nalbufina, es un medicamento derivado de la clase Nalbufina.

3. **Parciales Agonistas-Antagonistas.** Buprenorfina.

Los pacientes que se someten a opioides agonistas puros no deben recibir opioides agonistas-antagonistas mixtos, ya que pueden precipitar el síndrome de abstinencia e intensificar el dolor. La morfina se destaca como el opioide de mayor aplicación para el control del dolor de moderada a severa debido a su disponibilidad amplia, una amplia gama de rutas de administración, una eficacia excepcional, una menor incidencia de toxicidad en comparación con otros opioides, y su costo reducido (43).

La escalera analgésica, inicialmente sugerida por la OMS, ha demostrado ser un recurso valioso para la gestión del dolor. Se estima que su adecuada aplicación proporciona hasta un 90% de analgesia apropiada en pacientes con cáncer y hasta un 75% de alivio en pacientes en estado terminal. En 2002, se realizó una modificación de la misma añadiendo un cuarto nivel que ya propone una gestión intervencionista del dolor, que comprende bloqueos nerviosos líticos, aplicación de terapia implantable e intervenciones quirúrgicas. Algoritmo terapéutico sugerido por la OMS, que incluye el cuarto nivel de procedimientos intervencionistas (44).

El dolor no solamente es físico, por esta razón no puede ser tratado solamente con instrumentos técnicos-científicos, sino que se debe considerar de incluir en su tratamiento elementos que contemplen las relaciones humanas y afectivas (45), como se detallan en la figura:

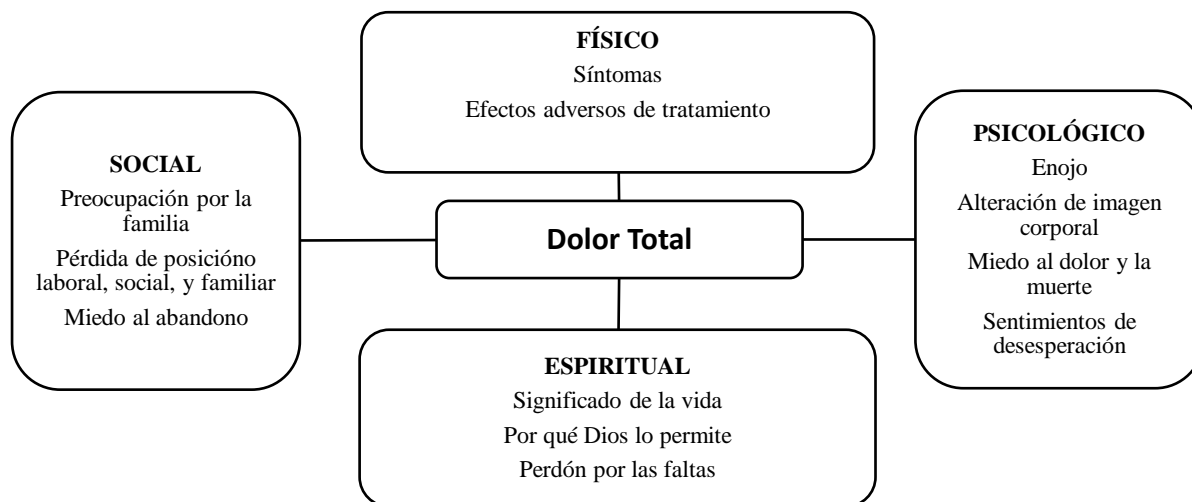


Figura 6.
Concepción de la totalidad del dolor

En base a la figura expuesta, el equipo de salud encargado de los cuidados paliativos, debe respetar la autonomía del paciente, considerando sus prioridades y necesidades. Además, se debe considerar los beneficios del tratamiento, los riesgos que esté presente y los principios de proporcionalidad terapéutica. Es necesario considerar, que todos los pacientes indistintamente la fase en la que se encuentren tienen los mismos derechos, estos son: derecho a los cuidados médicos apropiados, así como, derecho a rechazar los procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento. Sin embargo, esto no influye en la calidad de cuidados paliativos, por el contrario, se debe tomar en cuenta que es cuando más requieren respeto a su dignidad y una mejor analgesia para su dolor y otros síntomas no solo físico, sino también emocionales, sociales y espirituales (45).

Para la evaluación de las condiciones tanto del paciente como de su familia, se propone el modelo multidimensional establecido por Ferris (2002), en donde, se consideran aspectos no solo biológicos o físicos, sino también aspectos psicológicos, sociales, espirituales, prácticos y finalmente el cuidado al final de la vida y el duelo. Como se muestra en la siguiente figura:

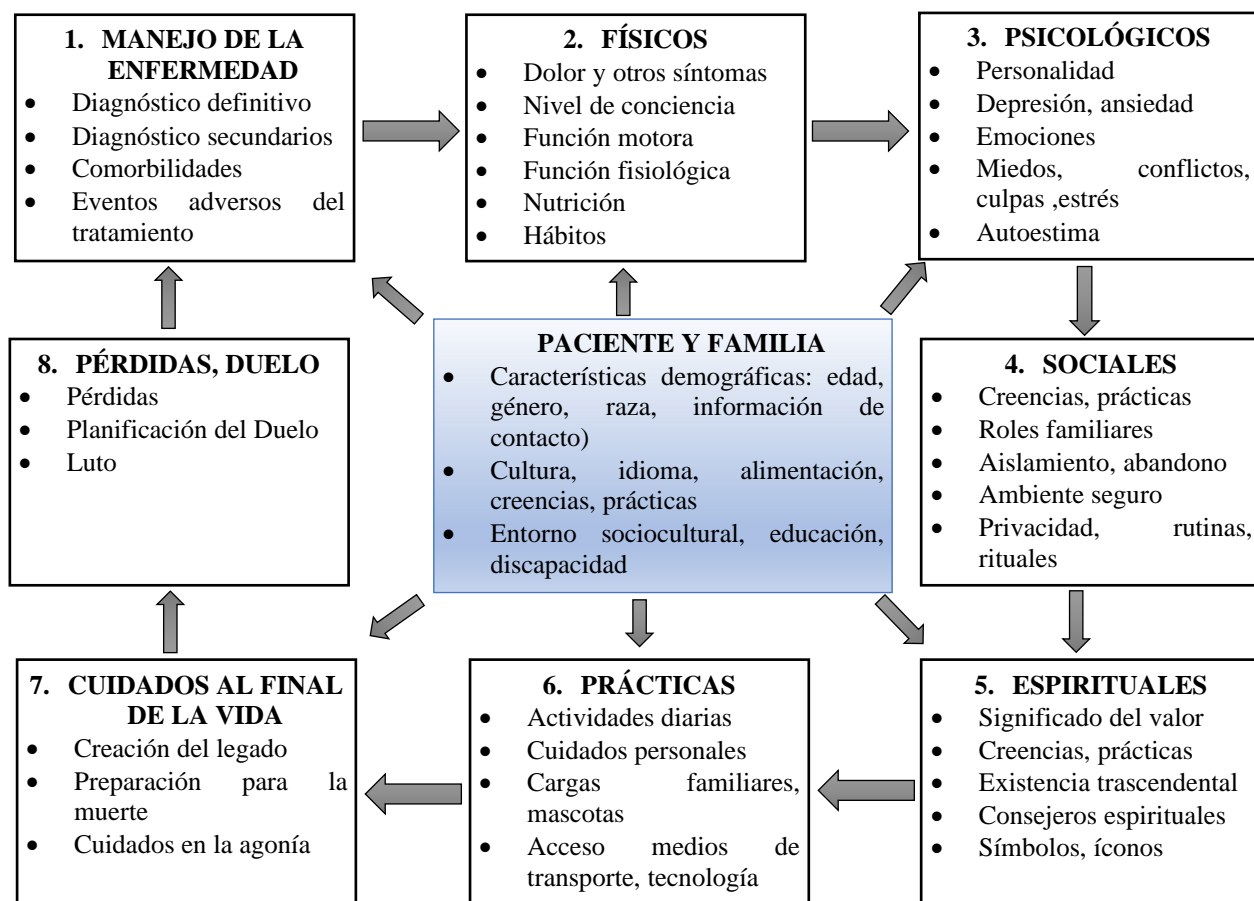


Figura 7.
Modelo Multidimensional creado por Ferris
 Fuente: A Model to Guide Patient and Family Care, (46)

Manejo paliativo del dolor

El dolor es una de las principales manifestaciones que se presentan en pacientes oncológicos. No obstante, el 40% de estos no identifican de manera correcta su nivel de dolor, para la evaluación de este síntoma se realizará: anamnesis, en donde, se identificará antecedentes, comorbilidad, tratamientos actuales, síntomas, entre ellos el dolor total, en donde, se explora no solo los síntomas físicos sino también, psicológicos, sociales y espirituales. Luego se realiza una exploración física completa y finalmente, pruebas complementarias diagnósticas (en caso de que

se requiera) (47). El primer paso es la valoración diagnóstica para la identificación del tipo de dolor, según lo expuesto en la siguiente tabla:

Tabla 3.
Clasificación del tipo de dolor

ÍTEM	CLASIFICACIÓN
Duración	Dolor Agudo (DA) Dolor Crónico (DC)
Pronóstico vital del paciente	Dolor Crónico no Oncológico (DCNO) Dolor Crónico Oncológico (DCO)
Curso del dolor	Dolor continuo <ul style="list-style-type: none"> • Dolor continuo controlado • Dolor continuo no controlado (DNC) <ul style="list-style-type: none"> ○ Dolor irruptivo ○ Dolor al final de dosis Dolor Intermitente
Etiopatogenia	Dolor nociceptivo <ul style="list-style-type: none"> • somático • visceral Dolor neuropático (DN) Dolor mixto
Intensidad	Leve Moderado Severo

Fuente: La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de consenso, (47).

Para la valoración del paciente oncológico como se manifestó anteriormente debe realizarse la anamnesis exhaustiva, la exploración física sistematizada y las pruebas complementarias. De acuerdo a la siguiente descripción:

Tabla 4.
Valoración del paciente oncológico

Anamnesis	Exploración	Pruebas Complementarias (PC)
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del dolor • Localización del dolor y si este se irradia • Identificación de posibles causas • Con qué alivia o exacerba • Tiempo de aparición • Forma de evolución • Historia familiar • Síntomas adicionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración física: • Peso • Talla • IMC • Tensión arterial • Frecuencia respiratoria y cardiaca • Síndrome doloroso • Exploración del sistema somato 	Escalas de medida del dolor: <ul style="list-style-type: none"> • Escala categórica verbal • Escala numérica verbal • Escala de expresión facial Otras alternativas para la valoración del dolor son: <ul style="list-style-type: none"> • WOMAC

Anamnesis	Exploración	Pruebas Complementarias (PC)
<ul style="list-style-type: none"> Factores modificables Tratamientos pruebas y sus respuestas Historia psicosocial Repercusión en la enfermedad Sueño Interrogantes de hábitos de vida Influencia emocional del dolor Sentimiento de nerviosismo, ansiedad, de inutilidad, concentración Pensamiento de muerte 	<ul style="list-style-type: none"> Valoración de alodinia o hiperalgesia Sensibilidad vibratoria Sistema motor: fuerza, tono y reflejos osteomusculares, palpación de pulsos, auscultación de soplos de las zonas afectadas 	<ul style="list-style-type: none"> Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) <p>Valoración global del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> SF-36 y SF-12. Wisconsin Brief Pain Questionnaire (BPG) ó Brief Pain Inventory (BPI) <p>Dolor Neuropático:</p> <ul style="list-style-type: none"> DN 4 LANSS ID-PAIN Detección de Dolor Neuropático Localizado “Screening tool“

Fuente: La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de consenso, (47).

En función de los resultados, se debe establecer el Plan Terapéutico Integral (PTI), que consiste en la intervención consensuada con cada paciente y su familia, en función de la cronología del dolor. Se estructurará en función de la siguiente descripción:

Tabla 5.
Plan Terapéutico Integral (PTI)

Estructura	Finalidad	Intervenciones terapéuticas
<ul style="list-style-type: none"> Profesionales que intervienen Duración de la intervenciones previstas y su evaluación temporal Objetivos alcanzar 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de la intensidad del dolor (EVN\geq30% del valor inicial) Mejora de los hábitos saludables Mejora de la actividad física Preservación del patrón del sueño Mejora en el estado de ánimo Preservación de la actividad laboral, social y familiar Asegurar la participación, aprendizaje y automanejo 	<ul style="list-style-type: none"> Hábitos saludables: actividad física por lo menos de 3° minutos todos los días de la semana, patrón del sueño y alimentación Cese del consumo del tabaco, cafeína y alcohol Seguimiento de una dieta adecuada (evitar comidas copiosas antes de acostarse) Evitar sedantes e hipnótico Mantener condiciones ambientales adecuadas

Estructura	Finalidad	Intervenciones terapéuticas
	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el uso correcto de los medicamentos • Aplicación correcta de las medidas terapéuticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de relajación antes de acostarse • Baños de agua a temperatura corporal • Control de peso • Farmacoterapia pautada • Actuación psicoeducativa

Fuente: La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de consenso, (47).

Dentro de las técnicas psicoeducativas indicados para pacientes con dolor crónico, se plantean las siguientes:

Tabla 6.
Técnicas Psicoeducativas

Información	Relajación	Técnicas cognitivo - conductuales
<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a un mejor enfrentamiento de la enfermedad • Toma mejores decisiones en su salud • La información debe ser clara • Se debe impartir mensajes conocidos • La información debe ser de fuentes contratadas • Usar estrategias eficaces de comunicación • Dedicar tiempo suficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de contracción y relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la experiencia del dolor • Reducción del impacto emocional • Fomentar la autoeficacia y automanejo de la enfermedad • Reducir la medicación y el uso de agente que generan dependencia en la salud • Enseñar estrategias de afrontamiento activas • Realizar alianzas con los equipos terapéuticos

Fuente: La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de consenso, (47).

Finalmente, es indispensable considerar el tratamiento farmacológico, por ser parte del tratamiento multidimensional del dolor, la finalidad es controlar la sintomatología del dolor, para el mejoramiento de la calidad de vida y funcionalidad del paciente oncológico. Para un correcto tratamiento farmacológico se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Cuantificación de la intensidad del dolor, normalmente se utiliza la escala unidimensional (EVA): 1 a 4 es primer escalón; 5 a 6 segundo escalón; 7 a 10 tercer escalón.
- Cuando varía un escalón en ascenso se debe a un fallo terapéutico
- La prescripción de coadyuvantes será según la causa del dolor
- Pacientes que llevan un control adecuado con opioides podrían necesitar dosis de rescate, estimada entre 1/10 y 1/6 según el caso
- Cuando se presenten efectos secundarios y/o adversos se debe considerar la opción de cambiar el opioide. A este proceso se lo conoce como rotación de opioides (48)

Tipo de opioides

En el tratamiento farmacológico la analgesia es un factor fundamental, sin embargo, esta debe ir de acuerdo al dolor que presenta el paciente oncológico. Los opioides representan la piedra angular para manejar tanto el dolor moderado como severo. Para Del Valle y Mora (2022), clasifica a los opioides en tres tipos:

Tabla 7.
Técnicas Psicoeducativas

Opioides Débiles	Opioides Fuertes	Analgésicos Adyuvantes
<ul style="list-style-type: none"> • Codeína • Tramadol 	<ul style="list-style-type: none"> • Buprenorfina • Morfina • Oxidodona • Fentanilo • Metadona 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonvulsivantes • Antidepresivos • Analgésicos locales • Agonistas GABA • Antagonistas NMDA • Relajantes musculares

Fuente: Evaluación y Manejo del Dolor en Cuidados Paliativos, (49)

Los opioides débiles son usados para el dolor moderado, el de mayor consumo es Tramadol sobre todo para los dolores neuropáticos. No obstante, es diez veces menos potente que la morfina. En la siguiente tabla se describe las características de estos opioides:

Tabla 8.
Técnicas Psicoeducativas

Componentes	Codeína	Tramadol
Características	Se extrae del opio conocido como metilmorfina. Es un analgésico natural	Tiene doble acción es un opioide débil + un inhibidor recaptación serotonina. Constituye un analgésico sintético
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo vía oral • Buena absorción 	<ul style="list-style-type: none"> • Se usa de manera eficiente en el dolor neuropático
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> • 10 veces menos potente que la morfina 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 veces menos potente que la morfina
Inicio de acción	<ul style="list-style-type: none"> • 30-60min. post administración oral • 30-60 min. post administración IM 	<ul style="list-style-type: none"> • 15-45 min. post administración oral
Peak de acción	<ul style="list-style-type: none"> • 62-90 min. Post administración oral • 30-60 min. post administración IM 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 horas post administración oral
Vida media	<ul style="list-style-type: none"> • 2.5-3 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • 5-7 horas
Efecto analgésico	<ul style="list-style-type: none"> • Hepática / renal 	<ul style="list-style-type: none"> • Hepática / renal
Dosis máxima	<ul style="list-style-type: none"> • 60mg c/4h (360 mg/días) 	<ul style="list-style-type: none"> • 400 mg/día
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento menor 	<ul style="list-style-type: none"> • Mareo, náuseas y estreñimiento

Fuente: Evaluación y Manejo del Dolor en Cuidados Paliativos, (49)

En relación con los opioides fuertes se tiene la morfina, oxicodona, metadona, fentadilo, buprenorfina, como se detalla las características en la siguiente tabla:

Tabla 9.
Opioides Fuertes

Morfina	Oxicodona	Metadona	Fentanilo	Buprenorfina
<ul style="list-style-type: none"> • Para dolor moderado e intenso • Liberación inmediata • Vida media 1.5-2 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Opioide semisintético • Efecto analgésico similar a la morfina • Vida media 3-4 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Opioide sintético y antagonista • Receptor de NMDA • Efecto analgésico superior a la morfina 	<ul style="list-style-type: none"> • Parche transdérmico • Opioide sintético • Efecto analgésico a las 8-16h. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parche transdérmico • Opioide semisintético • Efecto analgésico • Duración entre 12-24h.

Morfina	Oxicodona	Metadona	Fentanilo	Buprenorfina
<ul style="list-style-type: none"> • Efecto analgésico de 4 horas • Inicio de acción 60min (oral y 15min (subcutánea) • En caso de falla renal no se recomienda su uso 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectivo para el dolor neuropático • Liberación inmediata y prolongada • Efecto secundario alucinaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacocinética compleja • Duración de 5-7 días • Inicio de acción 30-60min (oral) y 12-20 min (parenteral) • Se puede usar en falla renal • Efectos secundarios estreñimiento y neurotoxicidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Duración de 3 días • Una vez liberado el parche el medicamento se libera durante 17h. • Efecto secundario estreñimiento y somnolencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Se usa en falla renal • No reporta efectos secundarios

Fuente: Evaluación y Manejo del Dolor en Cuidados Paliativos, (49)

Se recomienda que los opioides de base elegidos no sean combinados, porque siempre se debe dejar un fármaco de rescate. Sin embargo, es evidente que la mayor parte de estos medicamentos producen efectos adversos, como se describen la siguiente tabla:

Tabla 10.
Efectos adversos

Efectos adversos esperables y prevenibles	Efectos adversos no esperables e intolerables
<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas y vómitos (transitorio en el 40% de pacientes. Se debe usar profilaxis antiemética) • Somnolencia (frecuente y generalmente débil) • Constipación (evacuación incompleta, tomar laxantes) • Xerostomía (hidratación frecuente) 	<ul style="list-style-type: none"> • Delirium (reducir la dosis de opioide o rotarlo) • Somnolencia severa (no es frecuente, responde a naxotona) • Mioclonías (movimientos repentinos rápidos e involuntarios) • Depresión respiratoria (no es frecuente)

Fuente: Evaluación y Manejo del Dolor en Cuidados Paliativos, (49)

En el flujograma de manejo del dolor en pacientes en cuidados paliativos se sintetiza la información descrita anteriormente (ver anexo 1).

Manejo paliativo de las náuseas y vómitos (NyV)

Las náuseas son una manifestación subjetiva, que se presenta como una sensación oscilatoria desagradable, generada en la parte superior de la garganta o el epigastrio. Podría terminar en vómito; conocido como emesis una violenta expulsión de contenidos gástricos, duodenal o yeyunal. Sin embargo, también se produce lo que se conoce como arcada que son movimientos gástricos y esofágicos sin que se presente vómito; conocido como vómito seco (50). La NyV se clasifican según el momento de aparición, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 11.
Clasificación de NyV según su aparición

NyV agudo	NyV diferidos y/o tardíos	NyV anticipatorios
<ul style="list-style-type: none">• Se presenta hasta 24 horas después de la administración de la quimioterapia (QT)	<ul style="list-style-type: none">• Se manifiesta pasadas las 24 horas posterior a la quimioterapia (QT)	<ul style="list-style-type: none">• Se desarrolla antes de un nuevo ciclo de quimioterapia. Respuesta condicionada que se genera posterior a los tratamientos previos de la quimioterapia (QT)

Fuente: Compilación realizada por la autora del libro Profilaxis y tratamiento de náuseas y vómitos en el paciente oncológico, (50).

Las náuseas y vómitos en los pacientes oncológicos es uno de los efectos adverso que se genera con frecuencia, sin embargo estos pueden ser tratados desde una profilaxis primaria, profilaxis secundaria, e incluso aplicando una terapia de rescate como se muestra en los flujogramas, propuestos por Revert, López y Reolid (2020): Profilaxis primaria para el manejo de las NyV (anexo 2); Profilaxis primaria para el manejo de las NyV (anexo 3); y, Terapia de rescate para el manejo de las NyV (anexo 4).

Los cuidados paliativos de las náuseas y vómitos en pacientes con cáncer se enfocan en reconocer la causa raíz, que puede ser el propio cáncer o su terapia. El enfoque incluye medidas conservativas como la interrupción de la ingesta oral, la restitución de líquidos y la

administración de fármacos como la dexametasona. La meta principal consiste en mejorar la calidad de vida del paciente al mitigar los síntomas, por lo que es necesario considerar el contexto de los cuidados paliativos. Es vital atenuar las náuseas y los vómitos en pacientes con cáncer, debido a su elevada incidencia y su efecto en la calidad de vida. Estos síntomas, frecuentemente provocados por la quimioterapia, pueden causar deshidratación, desnutrición y demoras en la terapia. Es esencial un control eficaz de las náuseas y los vómitos, a través de la administración de fármacos antieméticos, para garantizar el cumplimiento del tratamiento y potenciar el bienestar global del paciente. Esto facilita que el paciente asimile de manera más efectiva la terapia para el cáncer.

Manejo paliativo del estreñimiento en pacientes oncológicos

El estreñimiento es un problema que se presenta comúnmente inclusive en personas sanas, esto se debe sobre todo a las dietas alimentarias que se manejan y por la poca actividad física. Este síntoma tiene una naturaleza subjetiva, lo que dificulta su valoración. En pacientes con enfermedad terminal, refieren una incidencia aproximada del 70% al 80%, quienes tienen enfermedad avanzada del 40% al 50%; y, en pacientes tratados con opiáceos se observa un 90% de probabilidades de presentar estreñimiento. Este síntoma se presenta con frecuencia a medida que avanza la enfermedad (51).

El estreñimiento se la define como una emisión infrecuente de heces, por lo regular menos de tres veces por semana. Se lo conoce como constipación u obstinación Las heces tienen características duras y secas, lo que genera dificultad en su expulsión. Las complicaciones que aparecen son: impactación, obstrucción y perforación intestinal, dolor abdominal, dolor anal, hemorroides, fisuras, anorexia, náuseas y vómitos, incontinencia urinaria, abdomen globuloso, lengua seca, flatulencia, halitosis, entre otras (52).

En el caso de pacientes oncológicos, el estreñimiento puede provocarse por diferentes causas como presentar un tipo de cáncer específico; los tratamientos que reciben para el cáncer como es el caso de la quimioterapia, ciertos medicamentos como los opioides, ansiolíticos, antieméticos y diuréticos; otra causa importante es los cambios de estilo de vida y la alimentación. Para el diagnóstico del estreñimiento se realiza un examen físico en el cual el medico realiza palpaciones del abdomen para identificar hinchazón o áreas firmes; además, escucha los sonidos intestinales; de igual manera realiza una serie de preguntas como: frecuencia de evacuación, cambios recientes en los hábitos intestinales, cuándo fue la última deposición, descripción de la mismas, nivel de esfuerzo al evacuar, presencia de cólicos, fiebre, dolor, hinchazón. En razón, de los resultados de este examen se diagnostica la presencia o no de estreñimiento y se determina el posible tratamiento. En caso de existir dificultad para el diagnóstico de este síntoma se solicitara una serie de exámenes como un examen digital del recto (EDR) y/o una radiografía del abdomen (53).

Una vez diagnostica que el paciente presenta estreñimiento el nivel de intervención se determinará en función de la situación clínica del paciente. Para esto se plantean opciones de abordajes no farmacológicos y farmacológicos. Estos tipos de abordaje se describen en la siguiente tabla:

Tabla 12.
Abordaje del estreñimiento en pacientes oncológicos

Abordaje no farmacológico	Abordaje no farmacológico
<ul style="list-style-type: none"> • Postura correcta y cómoda al momento de defecar (debe sobre elevar los pies y flexionar las caderas y rodillas) • Atender lo antes posible el deseo de ir al baño • Cuidar el entorno del paciente, brindar comodidad al ir al baño • Ingesta de agua y fibra 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de laxantes • Los laxantes se eligen en base al tipo de deposición <ul style="list-style-type: none"> ○ Heces blandas, laxantes reblandecedores fecales, estos lubrican la superficie de las heces. No se deben usar antes de acostarse porque puede producir neumonía lipoidea ○ Laxantes osmóticos, se dividen en sales, azúcares y polietilenglicoles

Abordaje no farmacológico	Abordaje no farmacológico
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar actividad física (a mayor actividad física, mayor velocidad del tracto intestinal) • Masaje abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los laxantes rectales, son más efectivos, se utiliza cuando los laxantes orales no son suficientes. Se utiliza en pacientes que no toleran laxantes orales. La forma de administración es en forma de supositorios y/o enemas

Fuente: Compilación realizada por la autora del Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la constipación en cuidados paliativos, (54).

Se plantean algoritmos de medidas generales y específicas (anexo 5). Así como el accionar en caso de presentar estreñimiento instaurado (anexo 6).

La complicación del estreñimiento en pacientes con cáncer que reciben cuidados paliativos es habitual, agravándose por elementos como la ingesta insuficiente de líquidos y alimentos. El estreñimiento prolongado puede provocar malestar abdominal e intensificar el dolor relacionado con el cáncer, lo que demanda una gestión eficaz. El manejo del estreñimiento en pacientes con cáncer abarca tanto alternativas farmacológicas como no farmacológicas. La terapia con medicamentos incluye laxantes osmóticos, laxantes orales de venta libre, supositorios y enemas. Frecuentemente, el tratamiento de primera línea incluye laxantes formadores de masa. Es crucial tener en cuenta que existe un extenso abanico de alternativas terapéuticas disponibles. El tratamiento debe adaptarse a cada individuo y estar bajo la supervisión de un experto en salud, dado que el estreñimiento puede ser un efecto secundario habitual del tratamiento contra el cáncer.

Manejo paliativo de la espiritualidad en pacientes oncológicos

El crecimiento espiritual y la espiritualidad personal se consideran como uno de los factores más relevantes. que facilitan el manejo y afrontamiento de la enfermedad y su gestión. El crecimiento espiritual es progresivo e evolutivo. impulsa hacia la totalidad y la exploración del potencial de cada individuo, por lo que representa una esencia de una sociedad. La existencia es un componente esencial de nuestra existencia. De acuerdo al criterio de Arenas et al

(2020), refiere a la espiritualidad como: un sentimiento de paz personal, objetivo y vinculación con otros, y convicciones sobre el significado de la vida y la muerte que pueden manifestarse mediante la religión u otros canales; además, es de naturaleza universal (55).

En ese escenario, se ha considerado que la fuerza y el poder concedidos por Dios o una fuerza superior son complementarios a lo que el tratamiento médico y la atención podrían ofrecer. Por lo tanto, la fe parece un alivio, algo suave y tranquilo. Además, la motivación espiritual de los pacientes de edad avanzada sería personal, la de naturaleza intrínseca se vincula con resultados positivos en la salud; la externa con resultados negativos en la salud (56). Dentro del manejo paliativo de la espiritualidad Duque et al (2022), refieren las siguientes categorías y acciones de las personas con cáncer:

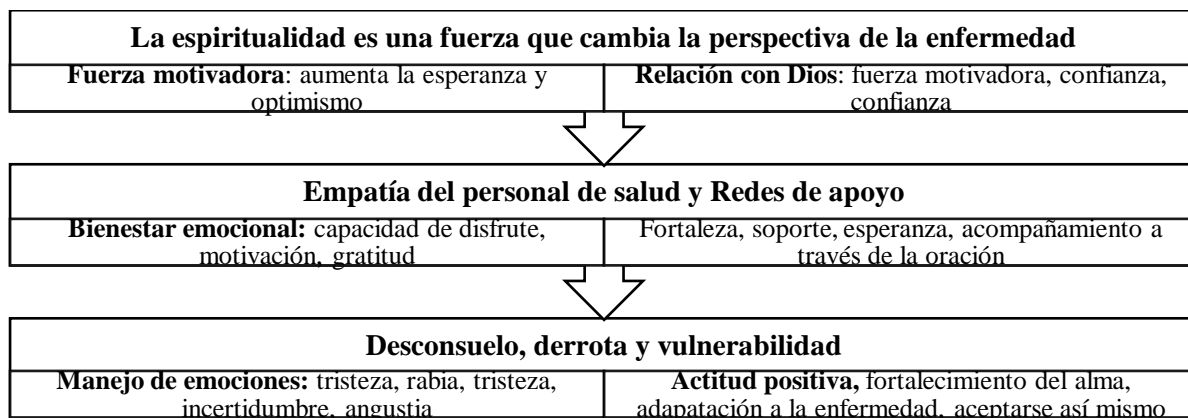


Figura 8.

Categorías que representan la espiritualidad

Fuente: Vivencia de la espiritualidad en el paciente con cáncer en quimioterapia ambulatoria. (57)

Manejo paliativo de úlceras en pacientes oncológicos

Las úlceras de tumores son infiltraciones de células malignas en la piel. Usualmente se originan a partir del desarrollo de un tumor primario cutáneo (carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas, melanoma, sarcoma de Kaposi, linfomas cutáneos) o mediante metástasis (invasión cutánea por otros tumores, los más frecuentemente localizados en

mama, cabeza y cuello, pulmón, abdomen y genitales). Otras causas menos comunes incluyen la presencia accidental de células malignas en el epitelio durante intervenciones diagnósticas o quirúrgicas, o por lesiones crónicas que no se curan por un periodo extenso, o por inflamación crónica que se transforma en maligna (úlceras de Marjolin).(58).

Las úlceras se clasifican en: (i) primarios (que se producen por el propio tumor); (ii) secundarios (producidos por las metástasis). Las úlceras tumorales se desarrollan en varios estadios: estadio 1 (úlceras cerradas, piel intacta); estadio 1N (úlceras cerradas, piel superficialmente intacta, úlcera dura y fibrosa); estadio 2 (úlceras abiertas, afecta a la dermis y epidermis); estadio 3 (úlceras abiertas, pérdida de tejido celular subcutáneo); estadio 4 (úlceras abiertas, invasión de estructuras anatómicas profundas) (59). Para la valoración de las úlceras se realiza los siguientes pasos:

Tabla 13.
Valoración de úlceras tumorales

Historia de la lesión	Propiedades físicas	Presencia o ausencia	Influencia y repercusión
<ul style="list-style-type: none"> • Desde cuándo • N° previo y efectividad 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diámetro, color y profundidad ○ Tipo de tejido: necrosis, humedad, seca, esfácelos ○ Estado de la piel perilesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobreinfección • Exudado • Sangrado • Dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Familia • Entorno

Fuente: Compilación realizada por la autora de la Guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales, (59)

Las úlceras tumorales requieren cuidados específicos en función del grado de la úlcera, como se muestra a continuación:

Tabla 14.
Cuidados de las úlceras

Úlcera grado 1 y 1N (no exudativa)	Úlcera tumoral exudativa / grado 2,3 y 4
<ul style="list-style-type: none"> • No requiere cuidado específico • No tiene mal olor, ni riesgo de sangrado 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Explicar el procedimiento al paciente ○ Postura cómoda del paciente ○ Dar analgesia en caso de dolor

Úlcera grado 1 y 1N (no exudativa)	Úlcera tumoral exudativa / grado 2,3 y 4
<ul style="list-style-type: none"> • Se lava con agua y jabón • Se seca sin frotar • Se protege con apósitos suaves 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mojar con suero fisiológico el apósito ○ Retirar el apósito ○ Limpiar con suero fisiológico ○ Irrigar la úlcera con agua oxigenada en caso de mal olor ○ Evitar soluciones iodadas

Fuente: Compilación realizada por la autora de la Guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales, (59)

Es crucial subrayar que ante algunas lesiones oncológicas, se deben implementar cuidados paliativos, dado que la curación no será viable y el propósito principal se transforma en mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Lo primero al tratar las úlceras tumorales es considerar las particularidades de cada caso y actuar en función del grado o estadio, tipo, condición personal del paciente, entre otros. Sin embargo, desde la perspectiva de enfermería, son las curas y el respaldo psicológico lo que tiene relevancia. Panadés y Blanco plantean un algoritmo terapéutico para el cuidado de úlceras neoplásicas como se muestra en el anexo 6.

CAPÍTULO III

CASO CLÍNICO

Anamnesis

Fecha de ingreso: 3 de abril del 2023

Motivo de consulta: Masa en mama izquierda.

Datos generales: Paciente femenina de 50 años nacida y residente en Ambato , estado civil casada , instrucción secundaria completa, ocupación ama de casa, religión adventista, raza mestiza, lateralidad diestra, tipificación sanguínea ORH +, última transfusión enero 2023 por anemia severa, no refiere alergias.

Antecedentes patológicos personales: Policitemia vera desde hace 22 años indica que se realizó examen para policitemia en facultativo (Cruz Roja Ambato) desconoce si es Jack 2 tratamiento con hidroxurea 500mg cada 12 horas por aproximadamente 15 años sin modificación en tratamiento ya que no era recibido de forma continua por falta de fármaco en el mercado, insuficiencia venosa hace 10 años.

Antecedentes patológicos quirúrgicos: safenectomia hace 10 años bilateral, cesárea hace 25 años ,histerectomía por mioma uterino hace 5 años, exceresis lipomas en omoplato izquierdo hace 10 años.

Antecedentes patológicos familiares: abuelo paterno cáncer de intestino; tía paterna cáncer de intestino y colon , primo tumor testicular con METs hepáticos, padre con cáncer de colon y METs cerebral fallece a los 65 años.3 de abril

Antecedentes Gineco-Obstétricos: G:2 , P1 , A0 C1 HV:0 HM 2 (malformación cardiaca); Menarquia 9 años; Menopausia por histerectomía; Papanicolau Agosto del 2019 (normal); Mamografía ultima enero 2023 nódulo vascularizado.

Hábitos: alimentarios: 3 veces al día dieta variada. Micción: 4 veces al día. Deposición: 1 vez al día con ayuda. Alcohol: deja hace 10 años social (1-2 cervezas o vino cada mes o en fiestas) Tabaco: deja hace 10 años social. (2 cigarrillos cada mes o en fiestas)

Enfermedad actual. En Enero 2023 presenta dolor en mama izquierda de gran intensidad, posteriormente 15 días después, evidencia un nódulo en mama izquierda inicialmente de 2cm de diámetro aproximadamente de rápido crecimiento, en Marzo 2023 se encontraba esta masa ubicada en cuadrante inferior de mama de más o menos 20 cm de diámetro con ulceración superficial, sangrante, por lo que acude a Hospital General Docente de Ambato, en donde colocan analgesia a base de morfina (infusión continua no especifica dosis) por dolor localizado en hemitórax izquierdo que se irradia a región escapular con EVA 10/10, con sensación de parestesias esporádicas. Es valorada y transferida a hospital SOLCA, Núcleo Tungurahua en donde se solicitan estudios de extensión.

Abril 2023 ingresa a terapia intensiva por presentar descompensación hemodinámica (hipotensión), ingresa a terapia intensiva por presentar descompensación hemodinámica (hipotensión) además de anemia severa, se indica transfusión de 5 concentrados de glóbulos rojos y terapia para para manejo de dolor.

Paraclínicos con los que ingresa : TAC Febrero /2023 TAC de tórax, abdomino - pélvico (simple y contrastada) Tórax mediastino se advierte imágenes nodulares paratraqueales compatibles con adenopatías en parénquima pulmonar, engrosamiento de la trama intersticial, que se observa de predominio en las bases pulmonares acompañado de cambios enfisematosos, espacio pleural derecho con derrame pleural escaso.

Tejidos blandos se advierte imagen que resalta con el medio de contraste de contornos poco definidos con aspecto infiltrativo del arco costal 6 izquierdo, alterando su estructura, de aparente

dependencia de tejido mamario , que mide 6.3x 6 cm , en mama derecha se advierte la presencia de lesión redondeada de contornos definidos, eje longitudinal de 24.3 mm de diámetro mayor, en regiones axilares se advierte la presencia de adenopatías de pequeño tamaño, con diámetros entre 2.9 mm y 4.7 mm .

Análisis de Laboratorio

Los resultados de laboratorio se muestran en la siguiente tabla de manera secuencial por mes, en donde, se resalta con color rojo los valores elevados, reflejándose estos, sobre todo en leucocitos, plaquetas, glucosa, urea, ácido úrico y, deshidrogenasa:

Tabla 15.

Resultados de laboratorio

PRUEBA / FECHA	VAL. NORM.	abr 23	may 23	jun 23	jul 23	ago 23	sep 23	oct 23	nov 23	dic 23	ene 24
Leucocitos	4,5 A 11	2,77	11,2	9,90	9,82	6,82	8,77	5,75	12,5	15,5	32,0
Hemoglobina	11,6 A 15	11,4 0	10,0	9,88	10,9	11,15	11,20	10,3	9,98	8,61	7,9
Hematocrito	35,5 A 44,9	38,7 0	34,8	33,6	37,2	37,90	38,23	35,1	33,2	29,1	27,3
Eritrocitos	3,9 A 5,13	4,19	3,76	3,98	4,85	5,16	5,29	5,04	4,95	3,96	3,77
Plaquetas	150000 A 400000	312, 00	858, 00	831, 67	919, 50	1065, 50	1226, 00	784, 75	761, 75	655, 63	142 6
Glucosa	100	151, 80	95,1 5	102, 09	87,9 3	91,25	99,20	104, 50	99,6 3	97,9 8	126, 8
Urea	10 A 20	24,7 0	16,9	20,1	22,7	29,10	22,73	21,7	32,3	21,1	42
Creatinina	0,6 A 1,1	0,45	0,67	0,44	0,58	0,74	0,62	0,65	0,63	0,67	0,65
Ácido úrico	3,5 A 7,2	4,80		3,98	4,98	7,15	5,80	5,68	7,78	7,63	10,2
Sodio	135 A 145	136, 00	138, 00	107, 91	139, 00	140,5 0	140,3 3	135, 25	135, 50	133, 50	132
Potasio	3,6 A 5,2	4,10	5,10	45,5 4	5,20	4,95	4,77	4,55	5,15	4,66	4,6
Colesterol	< 200	4,37	83,4								
Triglicéridos	< 150		146, 70								
Glucosa post pradial	< 140		79,2								
Hemoglobina glicosilada	< 5,7		4,96								
SGOT	9 A 32		14,8	17,6	10,8	15,30	18,43	13,6	16,3	17,1	
SGPT	7 A 35	18,6 0	6,50	13,5 0	9,20	10,80	18,17	11,5 7	13,8 5	9,30	
Deshidrogenasa	105 A 333	43,6 0	327, 00	271, 40	301, 00	335,0 0	451,0 0	525, 33	584, 50	999, 33	

Fosfata alcalina	44 A 147	1,21	89,0	150,00	108,25	113,0	139,0	97,0	109	124,67	
Gamma gt	5 A 40								38,00	23,67	
Bilirrubinas	0,1 A 1,2								0,68	0,42	
Calcio		1,59	9,67	8,13							
Calcio iónico	4,2 A 5,6	7,59	1,19	1,21	1,15	1,20	1,23	1,15	1,19	1,15	1,17

Elaboración propia. (Muñoz, 2025)

Análisis Histopatológico

Dentro de los hallazgos relevantes de los exámenes de histopatología (ver anexo

9), se sintetizan en la siguiente tabla:

Tabla 16.

Hallazgos histopatológicos

HALLAZGO / FECHA	11 04 2023	4 05 2023	18 05 2023	26 06 2023	21 07 2023
Carcinoma invasivo de ningún tipo especial	X				
Necrosis no identificada	X				
Linfoma difuso de Células B grandes de alto grado	X		X		
Inmunohistoquímica no es concluyente / ampliar panel		X	X		
Médula ósea sospechosa de infiltración de linfoma				X	X
Se observa fibrosis				X	X
Aumento de megacariocitos				X	X
Lateralidad izquierda	X				
Rango mitótico score 3	X				
Pleomorfismo nuclear score 3	X				
Invasión linfovascular presente	X				
Estrógenos: negativo	X	X			
Hercep test: negativo	X	X			
Ki 67: índice de proliferación del 70%	X	X			
Progesterona: negativo	X	X			
CK (AE1/AE3): negativo	X				
Actina: negativo	X		X		
Cd 45 ALC: positivo	X		X		
Cd 3: positivo en parches	X		X		
Cd 20 (pan b): negativo	X		X		
Cromogranina: negativo	X		X		

HALLAZGO / FECHA	11 04 2023	4 05 2023	18 05 2023	26 06 2023	21 07 2023
Desmina: negativo	X		X		
Hmb45: negativo	X		X		
Melan A: negativo	X		X		
S-100: negativo	X		X		
Sinaptofisina: negativo	X		X		
Bcl 2: positivo, fuerte y difuso	X		X		
Bcl-6: positivo focal débil	X		X		
Cd 10: negativo	X		X		
Cd 43: positivo fuerte y difuso	X		X		
Cd 5: positivo en parches	X		X		
Cd 73a: positivo débil multifocal	X		X		
Cyclin d1: negativo	X		X		
Cd31: positivo en megacariocitos				X	X
Cd79a: negativo				X	X
Cd20: negativo				X	X
Pax 5: negativo				X	X

Elaboración propia. (Muñoz, 2025)

Análisis de Imágenes

Dentro de los hallazgos relevantes de imágenes (ver anexo 10), se sintetizan en la siguiente tabla:

Tabla 17.

Análisis de imágenes

HALLAZGO	23 03 2023	21 04 2023	7 08 2023	20 10 2023	14 11 2023
Obliteración del ángulo costo frénico izquierdo	X				
Hilio pulmonar derecho prominente con infiltrado	X				
Derrame pleural		X			
Múltiples quistes		X			
Parenquima hepático		X			
Predominio de los lóbulos inferiores, todos menores de 1.6cm.		X			
Lesión osteolítica bien definida que mide 0.32cm		X			
Pequeño nódulo quístico, de aspecto simple, localizado en el segmento hepático II.			X		

HALLAZGO	23 03 2023	21 04 2023	7 08 2023	20 10 2023	14 11 2023
Esplenomegalia			X		
Quiste de retención del seno maxilar derecho			X	X	
Neoplasia conocida a nivel de la mama izquierda			X		
Adenitis reactiva				X	
Lesión lítica c5				X	
Esplenomegalia severa				X	
Hepatomegalia leve				X	
Tumor maligno infiltrante de mama izquierda				X	
Edema Focal de TCS					X

Elaboración propia. (Muñoz, 2025)

Evolución

Con historia de 9 meses de evolución caracterizada por presentar dolor en mama izquierda de gran intensidad posteriormente presenta un nódulo en mama izquierdo de rápido crecimiento por lo que acude a hospital, valorada 10/02/2023 eco de mamas con evidencia de lesión nodular solida en la cola axilar – BI-RADS 4, masa en cuadrante inferior externo izquierdo, que compromete el arco costal respectivo y probablemente lisis de la misma, con extensión a la caja torácica . En SOLCA Tungurahua realizan core biopsia el 23/03/2023.

En el examen histológico se evidenció un carcinoma invasivo de ningún tipo especial (ductal), con este resultado se planifica mastectomía y se planifica tratamiento enfocado en cáncer de mama, sin embargo días después se encuentra inmunohistoquímica; linfoma difuso de células B grandes de alto grado, por lo que se define cambio de tratamiento oncoespecífico, se solicitó exámenes.

Ecocardiograma 17/04/2023 ritmo sinusal función sistólica biventricular conservada FEVI 72% , también se solicitó gammagrafía ósea que reporto: infiltración ósea, se tramitó RMN : el tumor infiltra hasta el pericardio. 21/04/2023 TAC simple y contrastada: cráneo

: sin patología aparente, cuello en la zona cervical II y III bilateralmente se observan al menos 6 ganglios todos menores de 0.3cm muestran captación al medio de contraste, tórax ventana de partes blandas en proyección de los cuadrantes externos de mama derecha se observa imagen nodular con densidad de partes blandas que mide 26.5cm x 22.3cm, se debe realizar ecografía para su caracterización y realizar biopsia. En proyección de la mamá izquierda.

Recibió quimioterapia de primera línea desde 5 de Julio 2023 CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina) cada 21 días por 7 ciclos , se planificaron 6 sin embargo el séptimo ciclo se dio por crecimiento de masa hasta tener PET scan el mismo que no logro realizarse, se realizo junta medica se propone segunda línea en Octubre 2023, porque se evidenció aumento de B2microglobulina, incremento de masa mamaria, estudios de evaluación indican progresión de enfermedad se propone esquema de tratamiento. La quimioterapia consistió en cuidado de heridas y medicación para el dolor, recibe un ciclo de ESHAP (etopósido, metilprednisolona, citarabina y cisplatino), con mala tolerancia aumento de nausea y astenia decide buscar terapias alternativas.

Se mantiene en control por terapia del dolor desde Octubre sin embargo persiste incremento en masa mamaria, con necrosis en cara inferior de mama y sangrado activo acude a emergencia con control hemostático, tras lo cual 12 de Enero del 2024 se realiza junta medica donde se decide pase a cuidados paliativos exclusivos en unidad de base, sin embargo se continuo con curaciones en Emergencia y entrega de medicación para dolor , Se realiza atención en Hospital de base hasta Marzo 2024. Fallece en su domicilio al cuidado de su esposo con apoyo de su iglesia adventista el 18 Marzo del 2024 tras hemorragia tumoral que provocó choque hipovolémico.

Lo antes descrito se refleja en la siguiente línea de tiempo, en donde se visualiza que la evolución de la enfermedad, reflejando que se centró en exámenes de rutina, control y los procesos de quimioterapia. Apenas, el 12 de enero del 2025 se inició cuidados paliativos enfocado solo en curaciones en emergencia y medicación para el dolor.

ECOG 1-2
 BARTHEL 80 PTS
 KARNOFSKY 60
 PPS 60
 PAP SCORE : 5 PTS
 NECPAL ESTADIO II

ECOG 3
 BARTHEL 50 PTS
 KARNOFSKY 40
 PPS 40
 PAP SCORE : 11 PTS
 NECPAL ESTADIO III

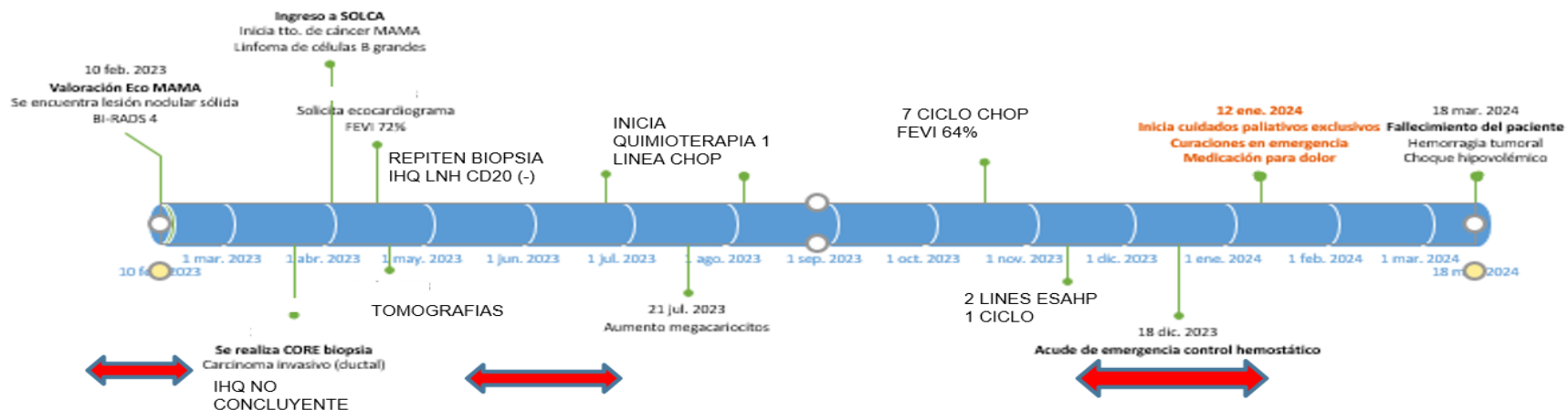


Figura 9.
 Línea de tiempo de la evolución
 Elaboración propia. (Muñoz, 2025)

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Para la discusión se aplicó el método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) en donde a través de la revisión sistemática se identificaron investigaciones relacionadas con el tema en cuestión (60).

Para la búsqueda de documentos en base a los discernimientos referidos, para la búsqueda se utilizó una combinación de palabras claves, marcadores Booleanos y limitadores como: ("cuidados"[MeSH Terms] OR ("paliativos"[All Fields] AND "linfoma"[All Fields])); ("células B"[All Fields]) OR ("cáncer" [All Fields] AND ("mama")); ("manejo"[All Fields]) OR ("cuidados"[All Fields] AND ("paliativos")); ("cuidados"[All Fields]) OR ("paliativos" [All Fields] AND ("paciente oncológico" [All Fields])). Esta terminología tiene relación con las variables de estudio. Los criterios de elegibilidad que se aplicaron se describen a continuación en la tabla 15:

Tabla 18.
Criterios de elegibilidad

Criterios	Descripción
Diseño del estudio	Todos los trabajos que refieren al manejo paliativo del linfoma de células b de alto grado de mama
Intervalo de tiempo	El periodo de tiempo considerado fue desde el año 2015 hasta el año 2024
Idioma	Los idiomas que se consideraron fueron: español e inglés
Estado de la publicación	Se tomó en cuenta publicaciones de tesis, revistas indexadas, congresos, otros

Elaboración propia. (Muñoz, 2025)

A continuación, los documentos se ordenaron por relevancia, título, resumen y palabras clave. En base a esto se organizó la información de manera jerárquica, en donde se determinó en primer lugar la importancia de los cuidados paliativos en pacientes oncológicos de desarrollo en los últimos cinco años; así como los tipos de cuidados prevalentes de los mismos.

Posteriormente, en función de la información referida en la introducción, resultados y conclusiones, se obtuvo los datos que permitieron dar respuesta a las preguntas de investigación que se encuentran en la tabla 16. De esta manera, fue posible analizarlos jerárquicamente, obteniendo en primer lugar la importancia del manejo y/o cuidados paliativos en pacientes oncológicos con linfoma de células b de alto grado de mama. Luego, se revisa si la información mostrada, los resultados y las conclusiones proporcionaban los datos necesarios para responder en profundidad a las preguntas de investigación que requiere este documento.

Tabla 19.

Preguntas de investigación

Código	Pregunta
PI1	¿Por qué es importante el manejo y/o cuidados paliativos en pacientes oncológicos con linfoma de células b de alto grado de mama?
PI2	¿Cuáles son los cuidados paliativos prevalentes que se aplican en pacientes oncológicos con linfoma de células b de alto grado de mama, tanto en investigaciones como en SOLCA Núcleo de Tungurahua?
PI3	¿Cuáles son las recomendaciones que se deben aplicar para fortalecer el manejo y/o cuidados paliativos en pacientes oncológicos con linfoma de células b de alto grado de mama en SOLCA Núcleo de Tungurahua?

Elaboración propia. (Muñoz, 2025)

Posteriormente, se evaluó y analizó estudios de forma independiente, apoyada en el método PRISMA. El mismo se llevó a cabo en cuatro fases. La primera fase se centró en la IDENTIFICACIÓN de los artículos, encontrando: base de datos (SpringerLink, Scopus WoS (Web of Science, Scielo, The Lancet, ResearchGate, Dialnet)) (37), más registros identificados en otras fuentes identificados a través de software de revisión de literatura Litmaps (anexo 1) (n= 21); total 58 documentos. La segunda fase de CRIBADO es considerada una de las más importantes dentro de la revisión sistemática, aquí se tuvieron en cuenta algunos aspectos relacionados con cuidados y/o manejo paliativo en pacientes oncológicos: se eliminaron los registros que se encontraban duplicados (15) quedando 43 estudios; posteriormente se excluyeron los estudios de acuerdo a la

relevancia y perspectiva (21), quedando 22 documentos; en función de los criterios de elegibilidad se eliminaron 5; determinándose 17 registros incluidos en el meta análisis, como se muestra en la figura 10:

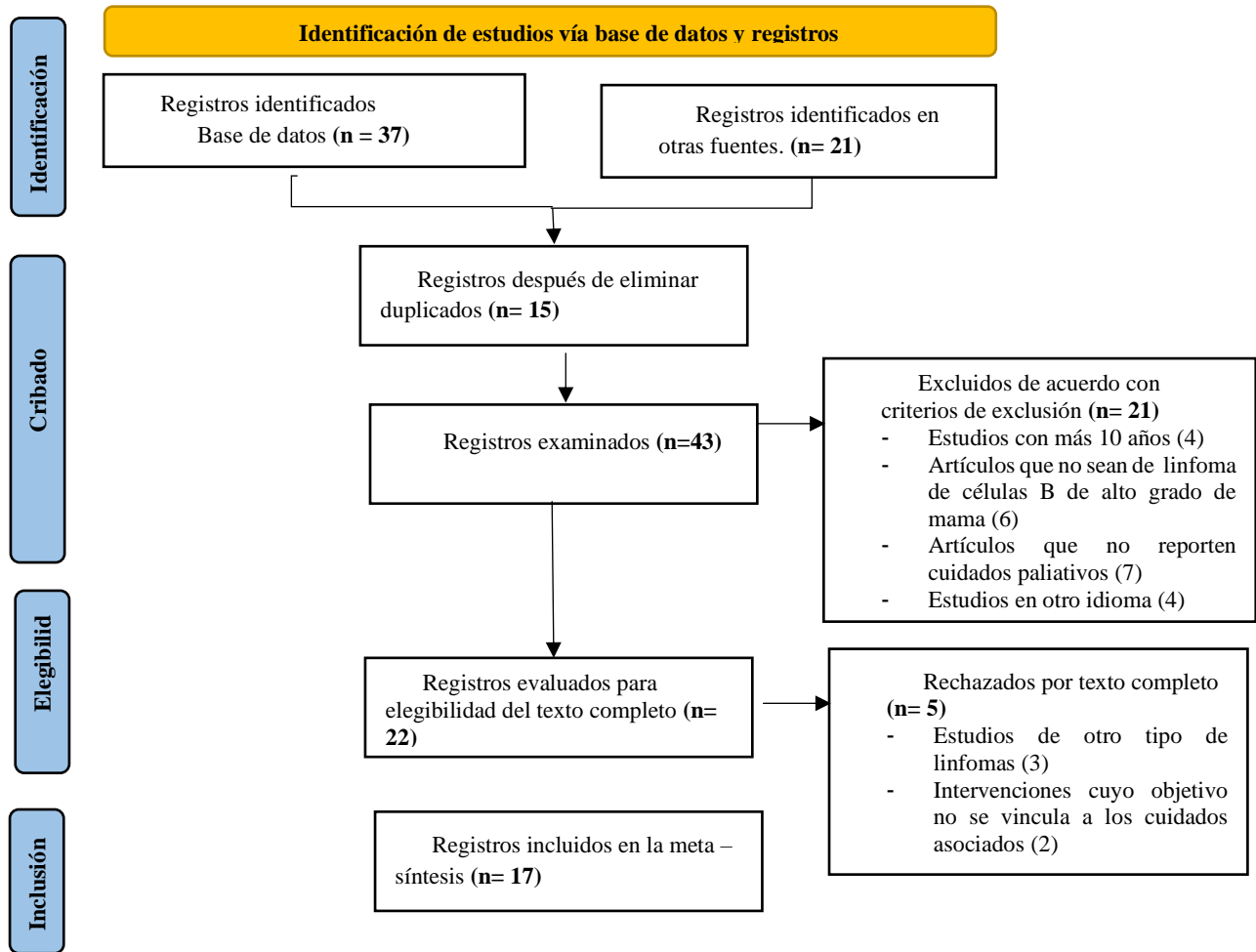


Figura 10.
Método PRISMA
Elaboración propia. (Muñoz, 2025)

En base al proceso realizado se da respuesta a las preguntas de investigación considerando el 41% fueron investigaciones de campo, el 59% fueron revisiones sistemáticas. De estas, el 29% fueron tesis y el 71% fueron artículos científicos, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 20.
Registros del metaanálisis

TIPO	Investigación	Revisión Sistemática	Total	%
Tesis	2	3	5	29%
Artículos	5	7	12	71%
Total	7	10	17	100%
%	41%	59%	100%	

Elaboración propia. (Muñoz, 2025)

En relación con la importancia del manejo y/o cuidados paliativos en pacientes oncológicos con linfoma de células B de alto grado de mama se tiene las investigaciones realizadas por Delgado(2017), Rojas (2019), Núñez et al(2024), Busso et al (2016), Barreto et al (2020), Herrero et al (2023) refieren que el linfoma de células B de alto grado en la mama constituye una forma de cáncer agresiva que demanda no solo un enfoque especializado en su tratamiento, sino también una atención integral que considere las necesidades físicas, emocionales y psicosociales del paciente. En el marco actual, los cuidados paliativos se manifiestan como una estrategia esencial que optimiza la calidad de vida de los pacientes con oncología. Los pacientes que padecen de linfoma de células

B de alto grado en la mama frecuentemente experimentan una serie de síntomas debilitantes tales como náuseas, dolor, fatiga y dificultades respiratorias, los cuales podrían ser consecuencia del cáncer o de los efectos de los tratamientos. Las intervenciones paliativas posibilitan la realización de una evaluación apropiada de estos síntomas, facilitando intervenciones específicas que mitigan el padecimiento. La detección precoz de los síntomas y una gestión proactiva son fundamentales para asegurar que los pacientes no sólo sobrevivan, sino que también vivan con dignidad y comodidad. Uno de los beneficios primordiales de los cuidados paliativos es la optimización de la calidad de vida del paciente. Al concentrar la atención en el bienestar personal, se consigue una gestión más eficaz del dolor y otros síntomas. Los pacientes que se someten a tratamientos paliativos manifiestan una reducción en el dolor, una mayor satisfacción

con su atención médica y, en numerosas ocasiones, una mejor respuesta a los tratamientos oncológicos. Esto, por otro lado, propicia un ciclo beneficioso en el que una mejora en la calidad de vida puede robustecer la voluntad y el compromiso del paciente hacia el tratamiento.

No obstante, es importante identificar cuáles son los cuidados paliativos prevalentes que se aplican en pacientes oncológicos con linfoma de células b de alto grado de mama, tanto en investigaciones consultadas como en SOLCA Núcleo de Tungurahua. Con las investigaciones analizadas se realiza un análisis de Pareto (80/20), con el cual se determinó que los cuidados paliativos que más prevalecen en las diferentes investigaciones son el alivio del dolor, apoyo psicológico, apoyo emocional, control de síntomas, apoyo familiar, confort y seguridad, manejo espiritual y comunicación positiva. Sin embargo, en Solca Núcleo de Tungurahua, de acuerdo al caso clínico analizado apenas se aplicó como CP el manejo del dolor y apoyo nutricional pues, la paciente refirió presencia de anemia, como se muestra en la siguiente figura:

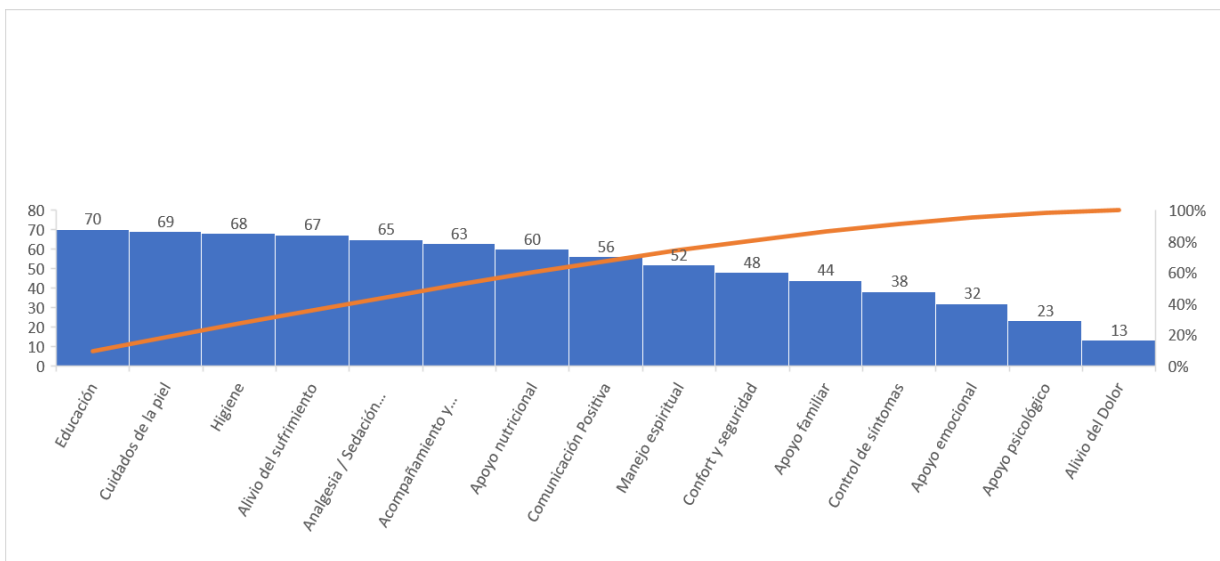


Figura 11.
Cuidados Paliativos prevalentes
 Elaboración propia. (Muñoz, 2025)

De acuerdo, a las investigaciones realizadas por Arias et al (2021), Cañaveral y López (2023), Torres (2022), Dos Santos et al (2021), Romero (2017), Saltos et al (2024), Vallejo y Baque (2021), y Arévalo et al (2021) refieren que los CP que las necesidades reales de los pacientes con cáncer y sus familiares de apoyo son atendidas por los cuidados paliativos, que no tienen solución alternativa. Los CP deficientes en Colombia representan un problema tangible de salud pública. Las principales estrategias utilizadas para atenuar las necesidades de confort de los pacientes en cuidados paliativos son el apoyo del equipo, social y familiar, contacto físico, cariño, comunicación, conocimiento y alivio del dolor, según la síntesis de los estudios analizados. Los cuidados paliativos tienen como pilar fundamental el alivio del dolor.

El dolor, ya sea físico, emocional o psicológico, afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. Una gestión adecuada del dolor mejora el estado físico y la salud mental del paciente, según estudios. Es esencial implementar medidas analgésicas adecuadas para permitir que los pacientes disfruten de momentos significativos, incluso en situaciones de enfermedad avanzada. Esto puede incluir farmacoterapia, terapias complementarias y métodos no farmacológicos. El alivio del dolor es inseparable del componente psicológico y emocional de los cuidados paliativos. Los pacientes que enfrentan enfermedades terminales o crónicas experimentan ansiedad, depresión, ira y tristeza.

Es vital contar con un equipo multidisciplinario que brinde apoyo profesional ante una carga psicoemocional abrumadora. Las intervenciones psicoeducativas, el acompañamiento emocional y la terapia psicológica son herramientas efectivas para ayudar a los pacientes a procesar sus emociones y mejorar su bienestar mental. El control de otros síntomas asociados a enfermedades terminales es otra área crítica en los cuidados paliativos, además del dolor. La calidad de vida de un paciente puede verse seriamente afectada por síntomas como

disnea, fatiga, náuseas y problemas gastrointestinales. No se puede subestimar el papel de la familia en los cuidados paliativos. En el contexto de la atención paliativa, el bienestar de la familia es igualmente importante, ya que suele ser la red de apoyo más cercana al paciente. Los cuidados paliativos se entrelazan con el confort y la seguridad del paciente.

Es crucial que el paciente se sienta protegido y cómodo en un entorno seguro durante su enfermedad. El manejo espiritual es un componente crítico de la atención paliativa que se reconoce cada vez más. La espiritualidad puede ser una fuente de fortaleza o un desafío en momentos de crisis, variando ampliamente entre individuos. Atender las necesidades del paciente en términos de su significado de vida, creencias y valores es parte del cuidado espiritual. La comunicación positiva es el hilo conductor que entrelaza todos los aspectos mencionados. La relación de confianza entre el paciente, la familia y el equipo médico se establece mediante una comunicación clara, empática y respetuosa.

Finalmente, en relación con las posibles recomendaciones que se plantearían acerca de la necesidad de fortalecer los cuidados paliativos en pacientes oncológicos se tienen autores como Ordóñez et al (2021), Rodríguez (2024), y Vallejo et al (2017) refieren que a pesar de los esfuerzos por implementar y establecer como un derecho los cuidados paliativos, aún prevalecen insuficientes recursos para atender a los enfermos que demandan estos cuidados. Se requieren mayores esfuerzos para proporcionar avances significativos en la atención especial e integral a los enfermos de cáncer terminal o cualquier enfermedad en fase terminal. La relación directa entre el personal de salud y el paciente/familia es fundamental. Se brindan proyectos terapéuticos enfocados en el manejo de síntomas. Ecuador se ubica en el grupo 2, equivalente a “Desarrollo insipiente”, “actividad desconocida”. Ecuador no tiene atención profesional paliativa. Las Facultades de Ciencias Médicas no tienen programas registrados.

En particular en SOLCA Núcleo de Tungurahua, la implementación de cuidados paliativos en pacientes oncológicos es una necesidad urgente en Ecuador. Es vital que el sistema de salud reconozca la importancia de proporcionar atención integral a los pacientes diagnosticados con cáncer, abordando su sufrimiento físico, emocional y espiritual. Para garantizar una calidad de vida óptima y un cuidado digno para aquellos que enfrentan batallas difíciles, es necesario un enfoque holístico y centrado en el paciente. Ecuador puede mejorar la atención oncológica y el bienestar de sus ciudadanos con cambios en la formación del personal, la concienciación de la comunidad y la integración en las políticas de salud.

Limitaciones de la Investigación

Uno de los desafíos más relevantes en la investigación en cuidados paliativos es el carácter ético de examinar a pacientes en circunstancias de vulnerabilidad. Frecuentemente, los pacientes con cáncer se encuentran en fases avanzadas de la enfermedad, sufriendo un dolor significativo. Esto genera interrogantes acerca del consentimiento informado y la habilidad de los pacientes para involucrarse en investigaciones científicas.

Los aspectos éticos demandan que los investigadores sean sumamente meticulosos al elaborar investigaciones, lo que podría restringir la variedad de intervenciones que pueden ser evaluadas. Por ejemplo, en ensayos clínicos que implican tratamientos o enfoques paliativos novedosos, es crucial garantizar que los participantes entiendan totalmente los riesgos y ventajas. Esto puede resultar complicado si los pacientes están siendo tratados por síntomas agudos o si se encuentran con un peso emocional significativo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Los cuidados paliativos reconocen a cada individuo como un ser complejo con necesidades únicas, incorporando una filosofía centrada en el paciente. Se opone a los modelos tradicionales de atención médica que enfatizan la lucha contra la enfermedad en detrimento del bienestar general. Los cuidados paliativos transforman el cuidado del paciente en el contexto del linfoma y abren la puerta a un cambio de paradigma en la atención médica en general. Estos son una estrategia de acompañamiento clínico y humano desde el diagnóstico, no solo para el final de la vida. La implementación en pacientes con linfoma de células B de alto grado de mama contribuye al alivio del sufrimiento y a una atención ética, digna y centrada en la persona. La responsabilidad compartida del sistema de salud y los equipos multidisciplinarios es promover la incorporación en la práctica clínica diaria.

En consideración al caso expuesto el tratamiento curativo fue tardío debido al diagnóstico histopatológico no fue concluyente y el tratamiento paliativo fue incompleto al final de la vida debido al sistema de red pública que limita el manejo integral como red a Solca en el caso de pacientes paliativos.

Recomendaciones

Ecuador enfrenta múltiples desafíos en la implementación de cuidados paliativos. Una barrera significativa es la débil formación por parte de los profesionales de la salud en este tema. Algunos profesionales de la salud pueden no apreciar la importancia de los cuidados paliativos hasta que el paciente está en una etapa avanzada de la enfermedad. Muchos médicos y enfermeras están más acostumbrados al tratamiento curativo. La estigmatización cultural dificulta

el diálogo abierto sobre la muerte y el sufrimiento. Las decisiones tardías pueden comprometer la calidad de vida, ya que pacientes y familiares a menudo evitan hablar sobre un enfoque paliativo. La financiación y la asignación de recursos representan un gran reto. En muchas instituciones de salud en el país, los recursos necesarios para los cuidados paliativos no están disponibles, lo que requiere un enfoque interdisciplinario. En base a lo expuesto, es importante que se forme a los profesionales de salud en cuidados paliativos, así como es necesario, la conformación de equipos multidisciplinarios para esta tarea.

SOLCA Núcleo de Tungurahua desempeña un papel fundamental en la atención a pacientes oncológicos en la región. Este hospital se especializa en ofrecer tratamientos innovadores y tecnologías avanzadas para el manejo del cáncer. Sin embargo, uno de los aspectos que ha sido históricamente descuidado en esta institución es la implementación sistemática de cuidados paliativos. De hecho, a pesar de contar con personal altamente capacitado y con recursos para el tratamiento integral del cáncer, la falta de un enfoque paliativo puede resultar en un manejo subóptimo del dolor y de otros síntomas que afectan la calidad de vida de los pacientes. La necesidad de formar y capacitar al equipo de salud en este ámbito es urgente, pues solo así se podrá ofrecer una atención holística que considere no solo la enfermedad, sino al paciente en su totalidad.

Es esencial que las instituciones de salud y los profesionales prioricen y optimicen las áreas de atención paliativa para asegurar que los pacientes y sus familias reciban el nivel de atención y apoyo que merecen en sus momentos más difíciles. La aplicación de cuidados paliativos en pacientes oncológicos es crucial para mejorar su calidad de vida. Estos cuidados se centran en el alivio del dolor y otros síntomas, ofreciendo apoyo emocional, espiritual y nutricional, además de no alargar ni acortar la vida. La comunicación efectiva entre el personal de

salud, el paciente y la familia es esencial para un abordaje integral. Los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias frente a enfermedades graves.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNAM. Equipo de trabajo que otorga Cuidados Paliativos. México; 2023 mar.
2. González J, López Z, Cobos M, De la Rosa Y, Díaz M, Barrientos R. Linfoma primario de mama. Reporte de un caso. Revista Médica Electrónica. julio de 2019;41(4):41–63.
3. Peng F, Li J, Mu S, Cai L, Fan F, Qin Y, et al. Epidemiological features of primary breast lymphoma patients and development of a nomogram to predict survival. The Breast. junio de 2021;57:49–61.
4. Santiago-Sanabria L, Garza-Arrieta J, Porrás-Ibarra GD, Malfavón-Farías M. Linfoma no Hodgkin de células B primario de mama. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. el 30 de marzo de 2023 [citado el 28 de marzo de 2025];74(1):53–67. Disponible en:
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3844>
5. Figueroa MFE, Trillo CC, García MD, Rodríguez GPD, Chaparro EBB, Armendáriz RR, et al. Metaanálisis impacto en la sobrevida del linfoma de células grandes B con rituximab como fármaco coadyuvante en el protocolo farmacológico CHOP. South Florida Journal of Health. el 17 de marzo de 2021;2(1):62–75.
6. Reyna E, Marín M. LINFOMA DE BURKITT PRIMARIO DE MAMA DURANTE EL EMBARAZO. Revista Venezolana de Oncología [Internet]. 2021 [citado el 28 de marzo de 2025];33(33):40–6. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/3756/375664923014/375664923014.pdf>
7. Santiago-Sanabria L, Garza-Arrieta J, Porrás-Ibarra GD, Malfavón-Farías M. Primary breast B-cell non-Hodgkin's lymphoma of the breast. Case Report and review of the literature. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2023;74(1):53–67.

8. Guo M, Liu J, Gilmore R, Tian GG. Primary breast diffuse large B cell lymphoma. *BMJ Case Rep.* el 6 de junio de 2022;15(6):e250478.
9. Ganjoo K, Advani R, Mariappan MR, McMillan A, Horning S. Non-Hodgkin lymphoma of the breast. *Cancer.* el 15 de julio de 2007;110(1):25–30.
10. Rivas S, Aguilar L, Mendoza L, Alvarado A, Arce C. Linfoma primario de mama. Reporte de un caso y revisión de la literatura Caso clínico. enero de 2014;4. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
11. Gámez Oliva H, Batlle Zamora S, Blanco González Y, Córdova I, Brito García S, Pérez Blanco V. Linfoma No Hodgkin Primario de Mama: Reporte de un Caso. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas.* el 18 de enero de 2016;40(1).
12. Domínguez F, Ballester J, De Castro G. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. *Cirugía de la Mama* [Internet]. Ira. edición. Asociación Española de Cirujanos, editor. España; 2017 [citado el 28 de marzo de 2025]. 4–660 p. Disponible en: <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/cirugia-mama.pdf>
13. Palmero Picazo J, Lassard Rosenthal J, Juárez Aguilar LA, Medina Núñez CA. Cáncer de mama: una visión general. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2021;19(3):354–60.
14. Benítez J. ARNs no codificantes como biomarcadores predictivos y pronósticos de la quimio-radioterapia neoadyuvante en cáncer de recto [Internet]. Universitat de Barcelona; 2023 [citado el 28 de marzo de 2025]. Disponible en: https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/214102/1/JCBM_TESIS.pdf
15. Padala S, Avyakta K. Diffuse Large B-Cell Lymphoma [Internet]. 2023 [citado el 28 de marzo de 2025]. p. 1–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557796/>

16. Figueroa MFE, Trillo CC, García MD, Rodríguez GPD, Chaparro EBB, Armendáriz RR, et al. Metaanálisis impacto en la sobrevida del linfoma de células grandes B con rituximab como fármaco coadyuvante en el protocolo farmacológico CHOP. *South Florida Journal of Health*. el 17 de marzo de 2021;2(1):62–75.
17. Karlin NJ, Wong DA. Mesenchymal Neoplasms and Primary Lymphomas of the Breast. En: *The Breast*. Elsevier; 2018. p. 156-168.e6.
18. Pérez M, Aguilar C, Álvarez L, Pacheco M, Báez P, Bates R, et al. Generalidades sobre linfomas. *Rev Hematol Mex* 2018 octubre-diciembre [Internet]. octubre de 2018 [citado el 28 de marzo de 2025];19(4):174–88. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2018/re184c.pdf>
19. Jia Y, Sun C, Liu Z, Wang W, Zhou X. Primary breast diffuse large B-cell lymphoma: a population-based study from 1975 to 2014. *Oncotarget*. el 9 de enero de 2018;9(3):3956–67.
20. Therezinha J, Ribeiro R, Lemos P, Kapp R, Lanza G, Paim P, et al. Linfoma primário de mama: relato de caso Primary breast lymphoma: a case report. *Rev bras mastologia* [Internet]. el 4 de octubre de 2012 [citado el 1 de abril de 2025];21:178–80. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-722476>
21. Kuper-Hommel MJJ, Snijder S, Janssen-Heijnen MLG, Vrints LW, Kluin-Nelemans JC, Coebergh JWW, et al. Treatment and survival of 38 female breast lymphomas: a population-based study with clinical and pathological reviews. *Ann Hematol*. el 1 de julio de 2003;82(7):397–404.
22. León M, Tola G, Cortez N, Pelaez C. Sin confirmar 440956. *Rev SCientific* [Internet]. el 12 de abril de 2015 [citado el 1 de abril de 2025];13:43–6. Disponible en: Se presenta el

caso clínico de un paciente masculino de 17 años con antecedente de drogo dependencia a diferentes sustancias. Signo sintomatología de 3 meses de evolución con aumento de volumen en región mamaria izquierda, se acompaña de dolor pungitivo, disnea, astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso, tos no productiva, alzas térmicas y diaforesis. Al examen físico de ingreso masa irregular de 6 cm en región mamaria izquierda, aparenta compromiso osteo muscular, no adenopatías axilares ni sistémicas. Datos de derrame pleural ipsilateral

23. Navia Jácome A, Hernández Fernández DM, Tristá Ricardo E. Linfoma no Hodgking extranodal primario de la mama, a propósito de un caso. *Anatomía Digital*. el 5 de abril de 2022;5(2):58–68.
24. Karlin NJ, Wong DA. Mesenchymal Neoplasms and Primary Lymphomas of the Breast. En: *The Breast*. Elsevier; 2018. p. 156-168.e6.
25. Samaniego K, Calderón M, Mosquera M. Desafíos jurídicos y éticos de la Inteligencia Artificial en la generación de pruebas legales: hacia una regulación Ecuatoriana. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores* [Internet]. 2024 [citado el 26 de abril de 2025];85:1–18. Disponible en:
<https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/4487/4319>
26. Santos M, Lima M de M. CD20 role in pathophysiology of Hodgkin’s disease. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;63(9):810–3.
27. OMS. Cuidados paliativos. Ginebra; 2022 oct.
28. OPS. Cuidados paliativos en las Américas. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud; 2024.

29. Banda P. ¿Qué son los Cuidados Paliativos? [Internet]. Chile; 2021 jul [citado el 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://lc.cx/07bge6>
30. ALCP. Definición consensuada de Cuidados Paliativos. Colombia; 2022.
31. Sánchez M, Chaves C. Rol de los cuidados paliativos en el servicios de emergencias. Revisión Bibliográfica. Medicina Legal de Costa Rica Edición Virtual [Internet]. marzo de 2017 [citado el 1 de abril de 2025];34(1). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/2215-5287-mlcr-34-01-165.pdf>
32. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Enfermería Universitaria. enero de 2016;13(1):55–60.
33. Bouça-Machado R, Titova N, Chaudhuri KR, Bloem BR, Ferreira JJ. Palliative Care for Patients and Families With Parkinson’s Disease. *Int Rev Neurobiol.* 2024;132(2):475–509.
34. Álvarez Saúco M, Legarda Ramírez I, Martí Martínez S, Carrillo García F, González García B, Fernández Bueno J, et al. Cuidados paliativos en enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento. Recomendaciones y protocolo de un grupo multidisciplinar de expertos. *Neurología.* noviembre de 2024;57(23):12–23.
35. Callaway M, Ferris FD. Advancing palliative care: the public health perspective. *J Pain Symptom Manage.* mayo de 2007;33(5):483–5.
36. Cornejo-Juárez P, Volkow-Fernández P, Avilés-Salas A, Calderón-Flores E. AIDS and Non-Hodgkin’s lymphoma. Experience at an oncological center in Mexico. *Rev Invest Clin.* el 1 de septiembre de 2008;60:375–81.
37. Velasco M. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. julio de 2013 [citado el 3 de abril de 2025];24(4):668–76. Disponible

- en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cancer-cuidado-continuo-manejo-paliativo-S0716864013702062>
38. Burton AW. Pain Medicine: Palliative Care Section: A Call for More Research. *Pain Medicine*. julio de 2006;7(4):317–8.
 39. Fainsinger RL, De Moissac D, Mancini I, Oneschuk D. Sedation for Delirium and Other Symptoms in Terminally Ill Patients in Edmonton. *J Palliat Care*. el 1 de junio de 2000;16(2):5–10.
 40. Swetz KM, Mansel JK. Ethical Issues and Palliative Care in the Cardiovascular Intensive Care Unit. *Cardiol Clin*. noviembre de 2013;31(4):657–68.
 41. Varela N. Treatment of non-malignant chronic pain: paradigm shift and multidisciplinary management. *An Sist Sanit Navar*. el 30 de agosto de 2022;45(2).
 42. Alorfi NM. Pharmacological Methods of Pain Management: Narrative Review of Medication Used. *Int J Gen Med*. julio de 2023;Volume 16:3247–56.
 43. Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2003;2(1):2. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-2-2>
 44. Bromage PR, Camporesi EM, Durant PAC, Nielsen CH. Rostral Spread of Epidural Morphine. *Anesthesiology*. el 1 de junio de 1982;56(6):431–6.
 45. Uribe J, González I, Cárdenas D, Burgos G, Casas H. Lineamientos para la atención integral en cuidados paliativos [Internet]. Colombia; 2016 [citado el 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamnt-s-cuids-paliatvs-gral-pediatrc.pdf>

46. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, et al. A Model to Guide Patient and Family Care. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. agosto de 2002 [citado el 3 de abril de 2025];24(2):106–23. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12231127/>
47. Sánchez J, Tejedor A, Carrascal R, García C, Gómez S, González M, et al. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de consenso [Internet]. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, editores. España; 2022 [citado el 3 de abril de 2025]. 3–100 p.
Disponible en:
https://www.semg.es/images/documentos/2017/documentos/atencion_paciente_DCNO.pdf
48. Torcal M, Ventoso S. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. el 22 de junio de 2020 [citado el 3 de abril de 2025];13:203–11. Disponible en:
<https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n3/1699-695X-albacete-13-03-203.pdf>
49. Del Valle andrea, Mora I. Evaluación y Manejo del Dolor en Cuidados [Internet]. Chile; 2022 abr [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://medicina.uc.cl/publicacion/evaluacion-y-manejo-del-dolor-en-cuidados-paliativos/>
50. Revert A, López S, Reolid M. Profilaxis y tratamiento de náuseas y vómitos en el paciente oncológico [Internet]. 2020 [citado el 5 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2020/02/Protocolo-N%C3%81USEAS-Y-V%C3%93MITOS-EN-ONCOLOG%C3%8DA.-SP-HGUA-2018.pdf>

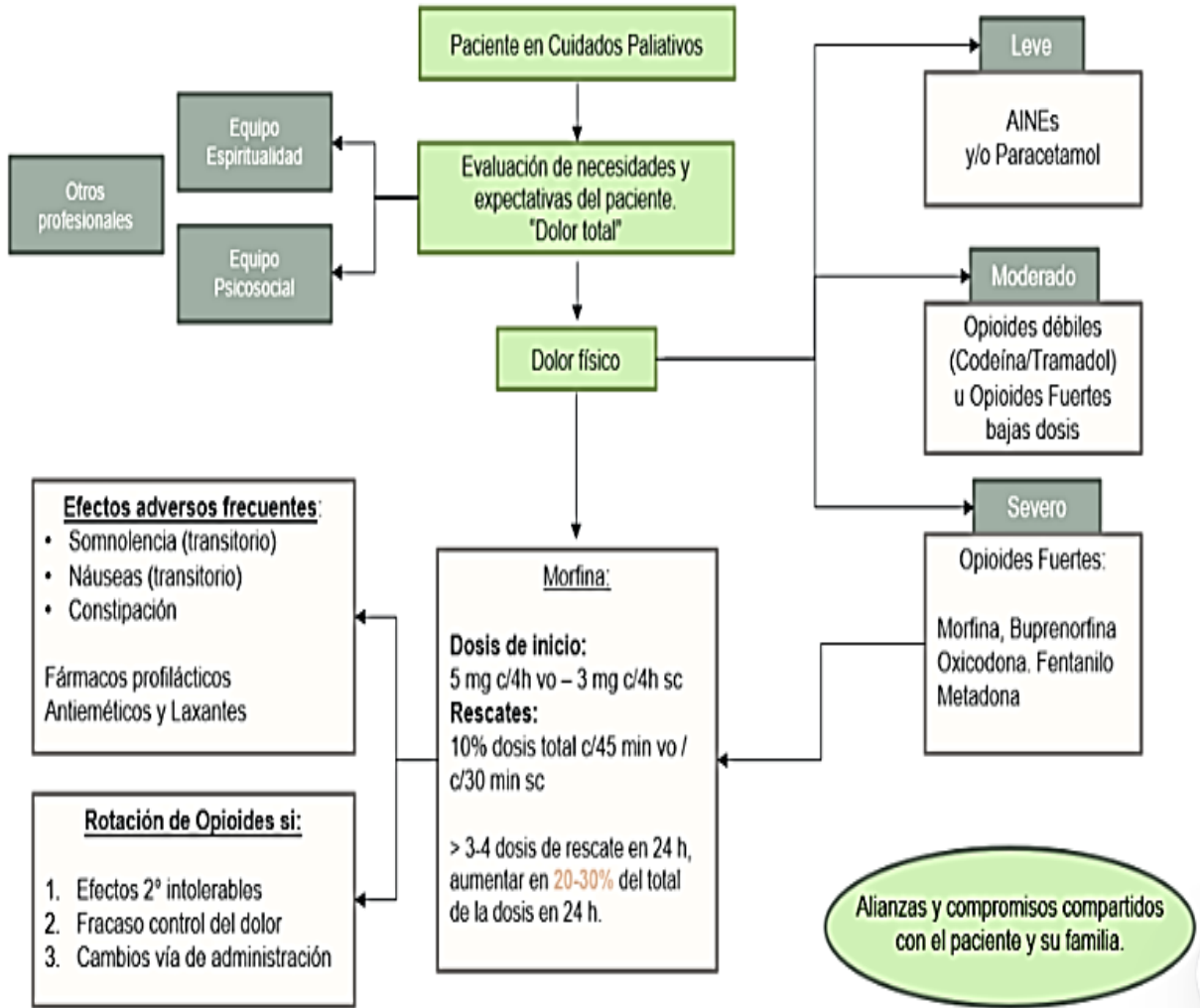
51. Ponce C, Sánchez R. Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. agosto de 2020 [citado el 5 de abril de 2025];35. Disponible en: <file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/Dialnet-ProtocoloSobreElEstrenimientoEnUnaUnidadDeCuidados-7763124.pdf>
52. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine [Internet]. 2019. Disponible en: www.oxfordmedicine.com
53. Instituto Nacional del Cáncer. Estreñimiento relacionado con el tratamiento del cáncer [Internet]. 2021 [citado el 5 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/estrenimiento>
54. Libran A, Calsina A, Serna J, Formiguera M, Lloró X. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la constipación en cuidados paliativos [Internet]. 2016 oct [citado el 5 de abril de 2025]. Disponible en: <https://docs.academia.cat/i5894144>
55. Arenas Á, Nocetti A, Fraile C. Espiritualidad en el contexto de cuidados paliativos oncológicos dirigidos a personas mayores. *Pers Bioet.* el 27 de noviembre de 2020;24(2):136–50.
56. Bermejo J, Lozano B, Villaceros M, Gil M. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Medicina Paliativa.* julio de 2013;20(3):93–102.
57. Duque C, Tirado A, Guarín L. Vivencia de la espiritualidad en el paciente con cáncer en quimioterapia ambulatoria. *Revista Ciencia y Cuidado* [Internet]. el 1 de enero de 2023 [citado el 9 de abril de 2025];20(1):45–58. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3360/4311>
58. Vaquer M. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral; cutánides. *REGIO Revista Internacional de Grupos en Investigación en Oncología* [Internet]. 2012;1(2):52–9.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-regio-revista-internacional-grupos-investigacion-339-articulo-manejo-ulceras-cutaneas-origen-tumoral-X2253645012578954>

59. Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos. Guía práctica de abordaje integral de las úlceras tumorales. 1ra. edición. SIOSI Punto Gráfico SL, editor. España; 2015. 1–32 p.
60. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2021;74(9):790–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893221002748>
61. Delgado J. Cuidados paliativos para pacientes oncológicos con calidad de vida un reto para el profesional de enfermería [En línea]. [Bogotá]: Universidad de Ciencias aplicadas y Ambientales U.D.C.A.; 2017.
62. Vargas R, palomo A, García R, Quibén R. Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo. el 14 de enero de 2011 [citado el 5 de abril de 2025];18:112–20. Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/Documentos/ArticulosNew/S1134248X11700180.pdf>

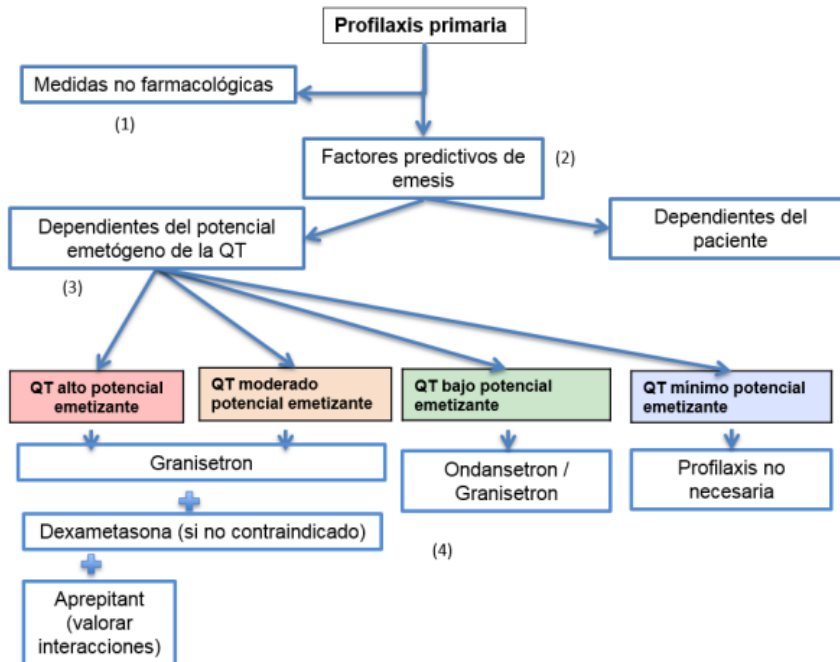
ANEXOS

Anexo 1. Flujoograma de manejo del dolor en pacientes en Cuidados Paliativos



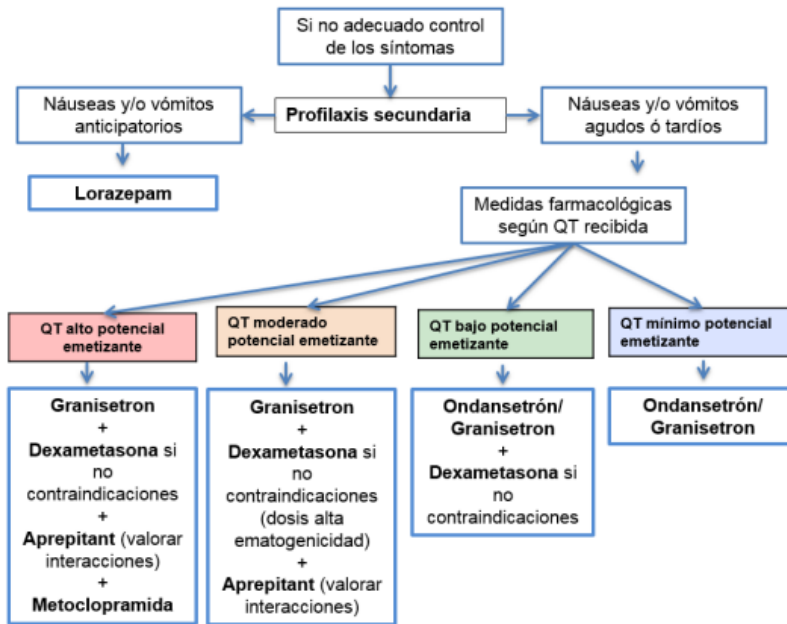
Fuente: Evaluación y Manejo del Dolor en Cuidados Paliativos, (49)

Anexo 2. Profilaxis primaria para el manejo de las NyV



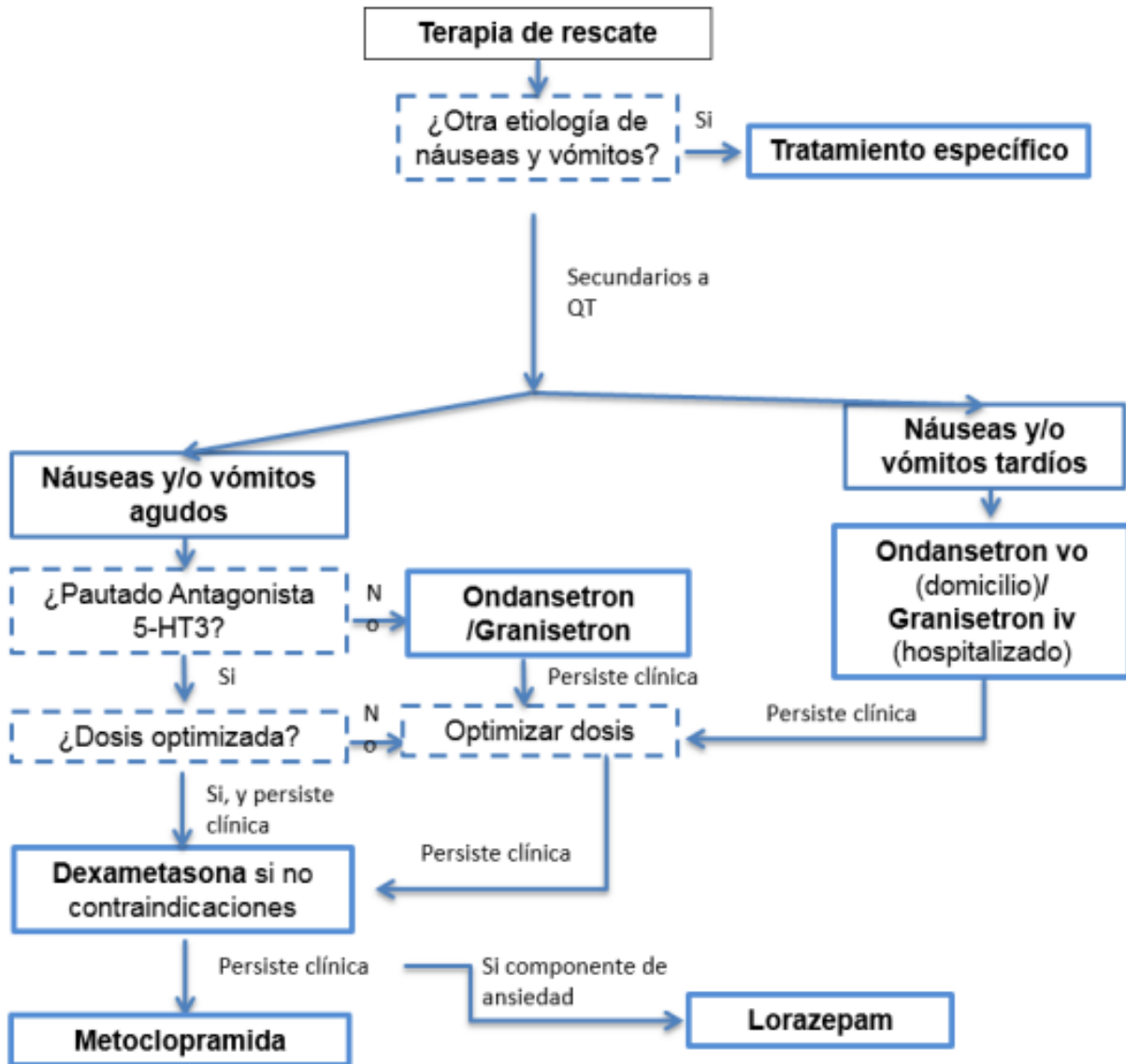
Fuente: Compilación realizada por la autora del libro Profilaxis y tratamiento de náuseas y vómitos en el paciente oncológico, (50).

Anexo 3. Profilaxis secundaria para el manejo de las NyV



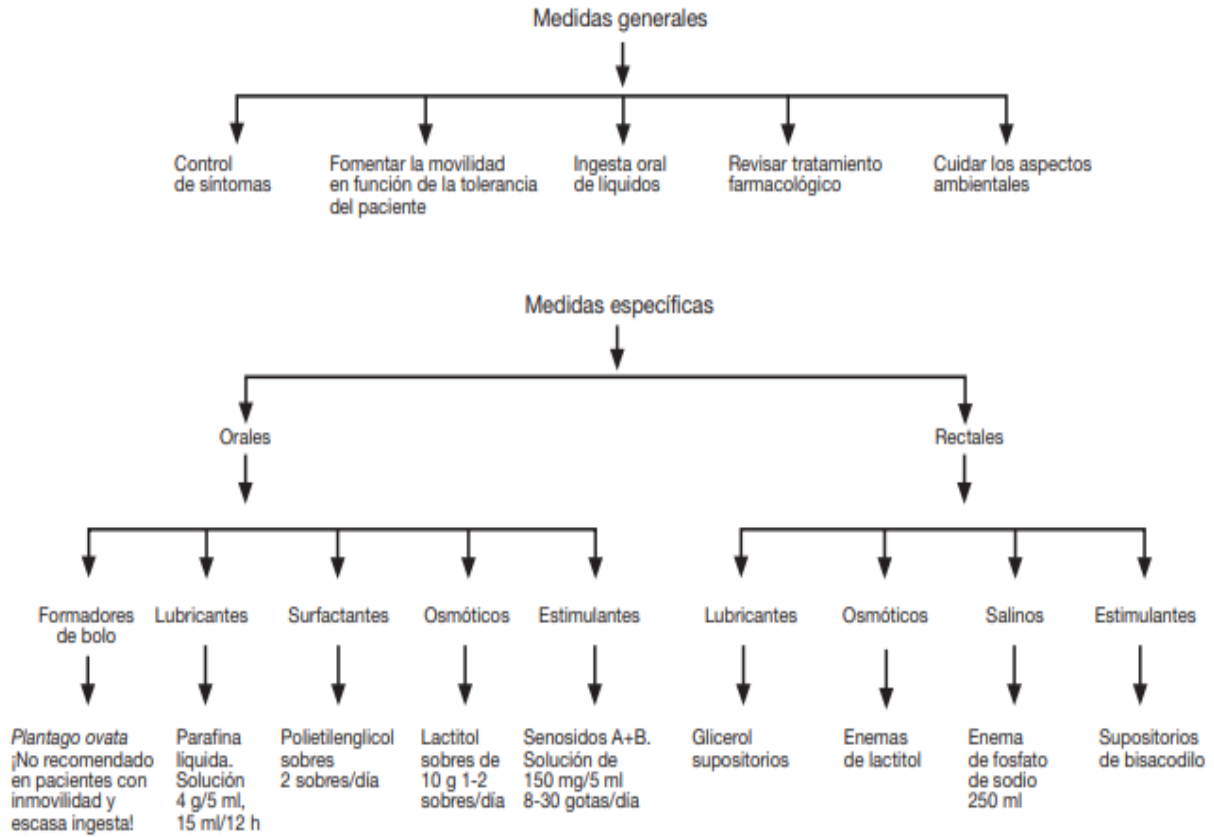
Fuente: Compilación realizada por la autora del libro Profilaxis y tratamiento de náuseas y vómitos en el paciente oncológico, (50).

Anexo 4. Terapia de rescate para el manejo de las NyV



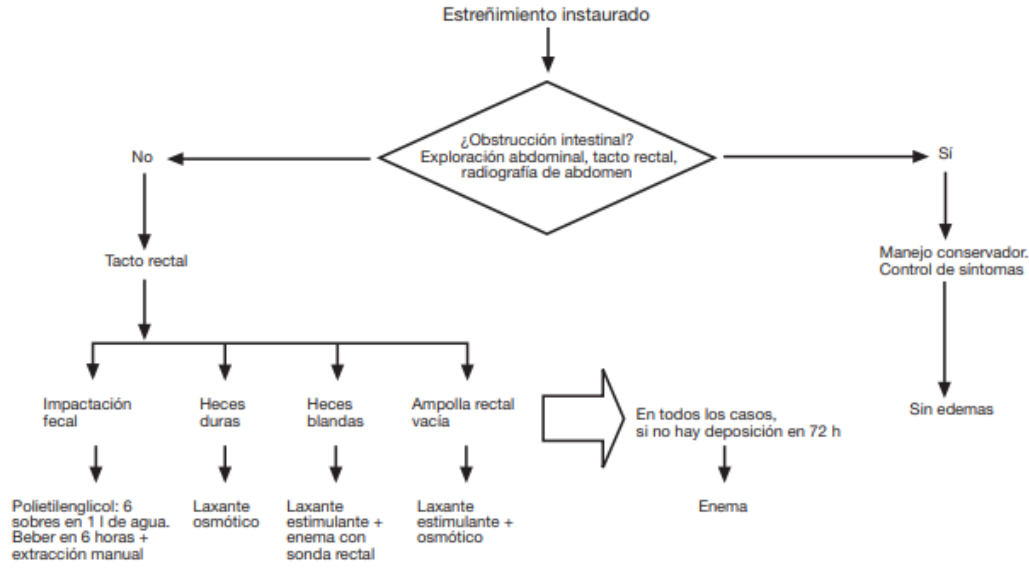
Fuente: Compilación realizada por la autora del libro Profilaxis y tratamiento de náuseas y vómitos en el paciente oncológico, (50).

Anexo 5. Medidas generales y específicas para el estreñimiento



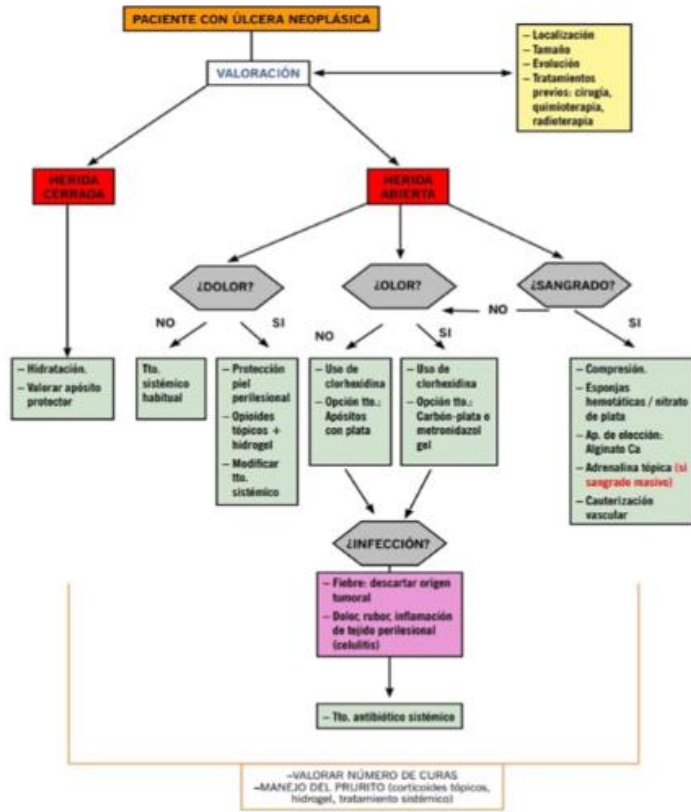
Fuente: Compilación realizada por la autora de las publicación Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo, (62)

Anexo 6. Algoritmo en caso de estreñimiento instaurado

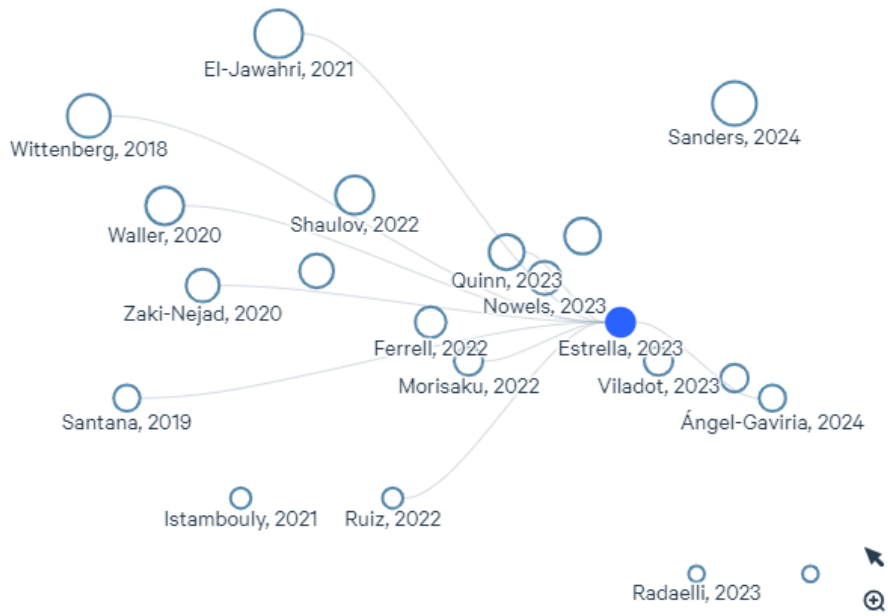


Fuente: Compilación realizada por la autora de las publicación Tratamiento y cuidados de enfermería en el estreñimiento del paciente paliativo, (62)

Anexo 7. Algoritmo terapéutico para el cuidado de úlceras neoplásicas



Anexo 8. Revisión de literatura científica. Uso de Litmaps



Anexo 9. Imágenes de pruebas de RX

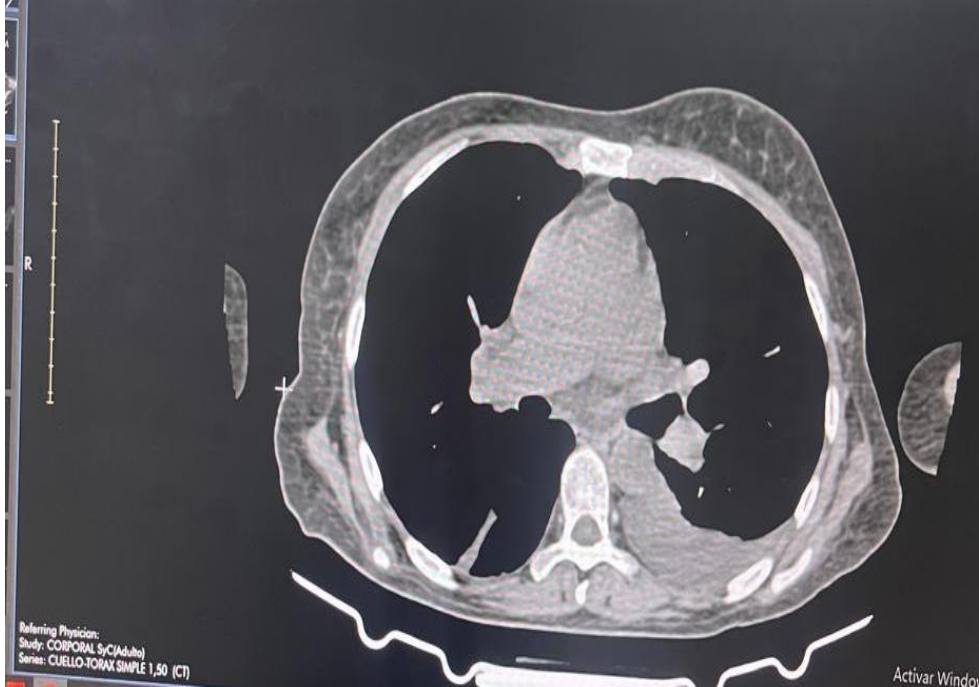
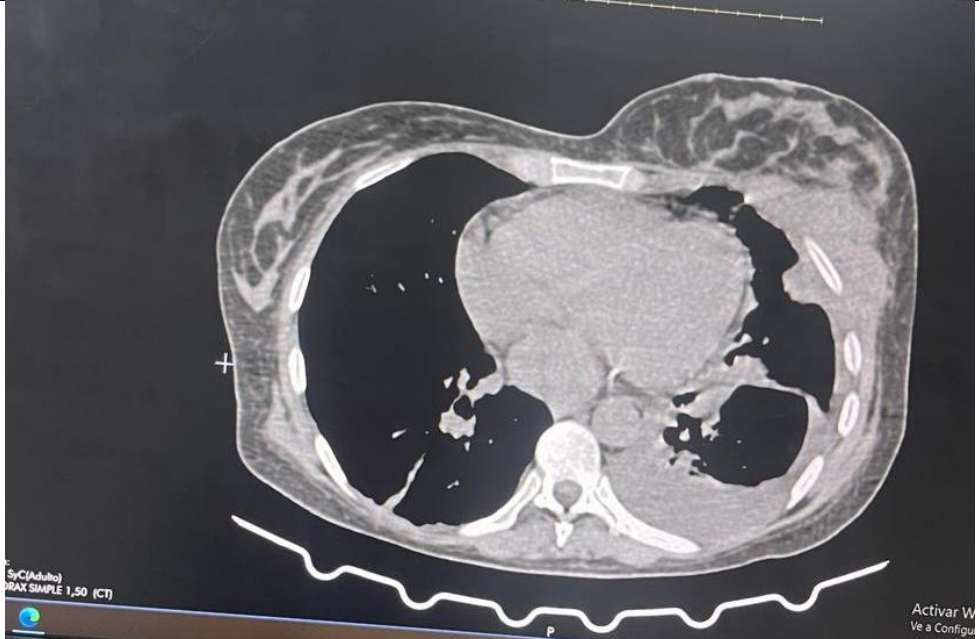
Imagen	Fecha
 <p>Referring Physician: Study: CORPORAL SyC(Adulto) Series: CUELLO-TORAX SIMPLE 1,50 (CT)</p> <p>Activar Window</p>	21/04/2023
 <p>SyC(Adulto) TORAX SIMPLE 1,50 (CT)</p> <p>Activar Window Ve a Configuración</p>	21/04/2023

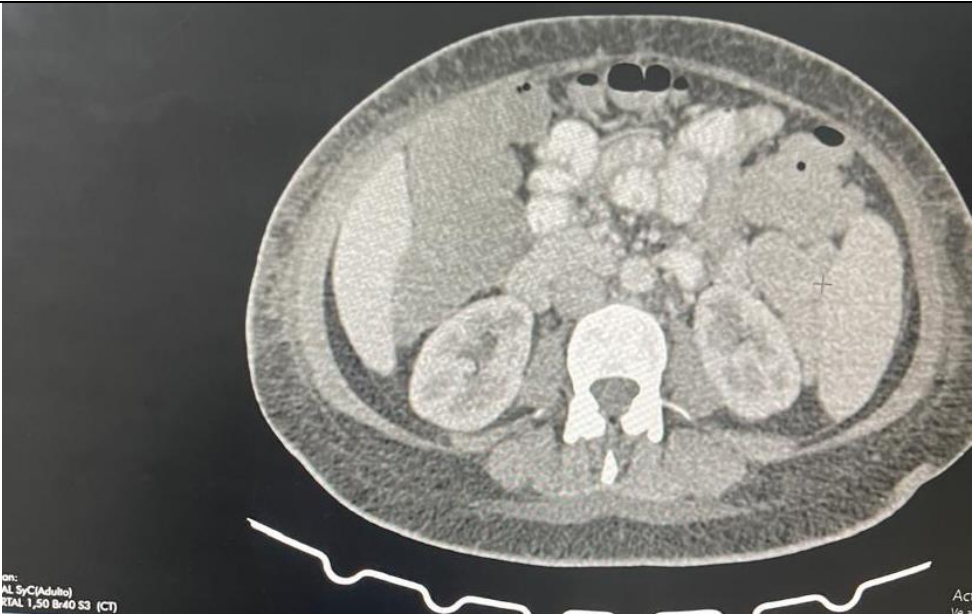
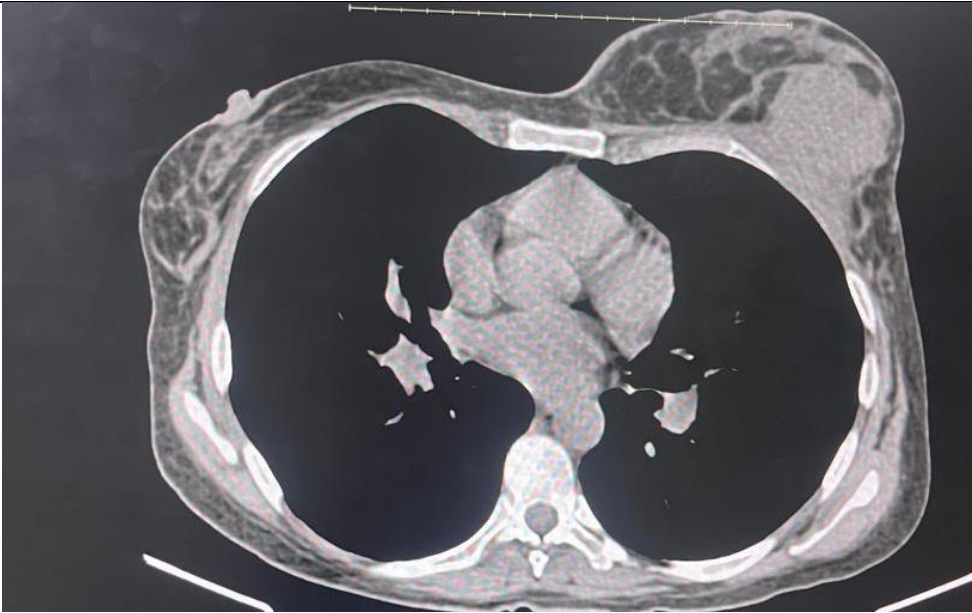
Imagen	Fecha
 <p>an: AL SyC(Adulto) ZIAL 1.50 Br#0 S3 (CT)</p>	21/04/2023
	21/04/2023

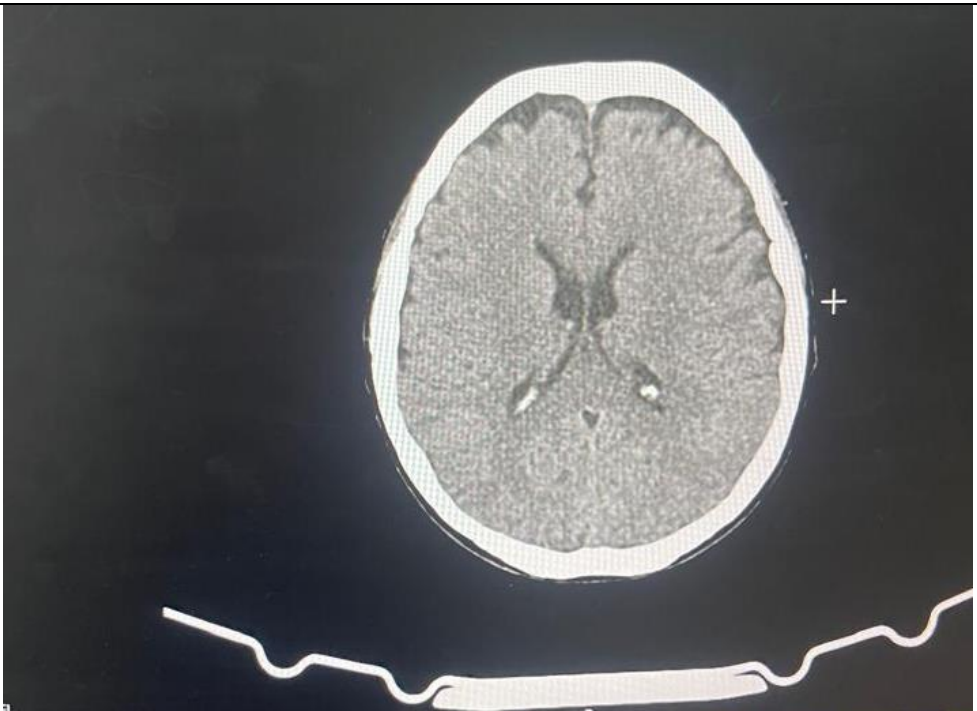
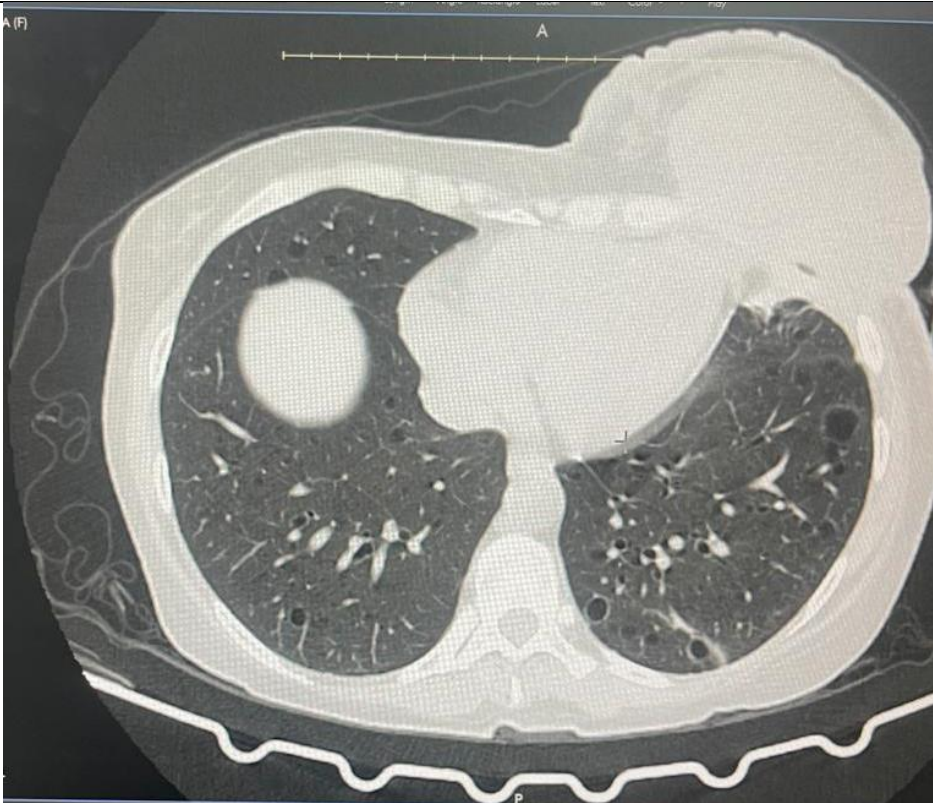
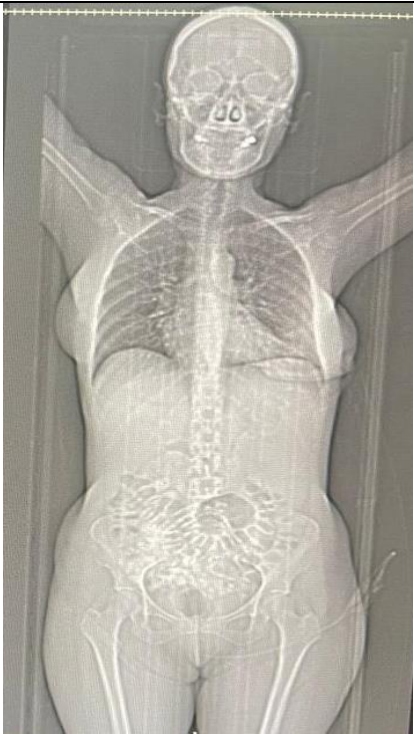
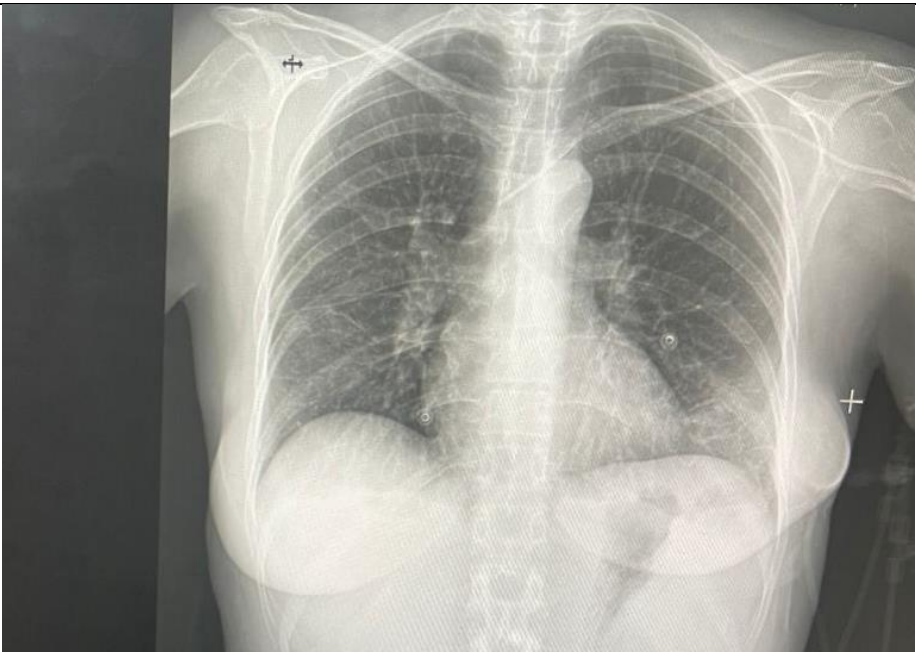
Imagen	Fecha
	<p data-bbox="1230 598 1385 632">20/10/2023</p>
	<p data-bbox="1230 1388 1385 1421">20/10/2023</p>

Imagen	Fecha
	20/10/2023
	6/12/2023

Anexo 10. Imágenes de masa tumoral

Masa tumoral inicial abril 2023



Masa tumoral luego de quimioterapia 6 ciclos - más curación avanzada agosto 2023



Masa tumoral enero 2024 tras recaída



Anexo 11. Consentimiento informado



**Pontificia Universidad
Católica del Ecuador**
Seréis mis testigos

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
CEISH - PUCE

5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTE I: INFORMACIÓN PARA REPRESENTANTE LEGAL.

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Manejo paliativo del linfoma de células B de alto grado de mama en una paciente de 50 años atendida en el Hospital "Julio Enrique Paredes" SOLCA, Núcleo Tungurahua: estudio de caso

NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL: Johana Gabriela Muñoz Arévalo

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN: Hospital "Julio Enrique Paredes" SOLCA, Núcleo Tungurahua.

EVALUADO Y APROBADO POR: El Comité de Ética e Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (CEISH-PUCE).

INTRODUCCIÓN:

El linfoma se considera un grupo de tumores malignos heterogéneos de tejido linfoide. La definición para considerarlo un linfoma no Hodgkin primitivo de la mama es preciso que sea una lesión nodular sin adenopatías (estadio I-E de Ann Arbor) o con adenopatías regionales (estadio III-E); sin diagnóstico previo de linfoma no Hodgkin, y con confirmación biopsia confiable, incluidas las técnicas modernas necesarias para la definición de un linfoma no Hodgkin. Los LPM se caracterizan por: 1) la presencia de tejido mamario e infiltrado linfomatoso en estrecha relación, 2) adecuada muestra histopatológica, 3) no evidencia de la diseminación del linfoma al momento del diagnóstico y 4) sin existencia de linfoma extramamario al momento del diagnóstico, aunque puede haber compromiso ganglionar ipsilateral al momento del diagnóstico.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Analizar el presente caso desde todos los aspectos que involucre a un paciente oncológico, partiendo desde el punto que la detección tardía del LNH revela la falta de prevención, limitado acceso a la atención en hospitales de tercer nivel y la dificultad en el tratamiento oncológico en el Ecuador. Por la excepcionalidad de presentación y su contexto multifactorial se considera importante estudiar y analizar el presente caso desde el punto de vista de los cuidados paliativos en vista de la afectación física, psicológica, social y espiritual del cáncer.

PROCEDIMIENTOS:

- Se accederá a la historia clínica de la participante para recopilar información relevante.
- Se evaluará los exámenes médicos previamente realizados para obtener datos pertinentes.
- El investigador principal estará disponible para comunicarse con el esposo de la paciente por teléfono. Esto facilitará la obtención de información adicional del estudio.
- Se realizará un consentimiento informado para el esposo de la paciente con linfoma de células B de alto grado de mama, explicándole detalladamente el procedimiento a seguir, asegurando que entiende toda la información proporcionada antes de obtener su consentimiento.

RIESGOS Y BENEFICIOS:

Entiendo que no existirá ningún riesgo en cuanto a la pérdida de la confidencialidad de la información de salud de mi representado/a. Los investigadores tomarán las medidas necesarias de anonimato y confidencialidad. Además, entiendo que los beneficios generados con el uso de mi información de salud serán para beneficio de la comunidad.

COSTOS Y COMPENSACIÓN:

Entiendo que al autorizar el uso de la información de salud de mi representado/a no recibiré ninguna compensación.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:

Entiendo que todas las investigaciones que se realicen con el uso de los datos de mi representado/a pasarán por la evaluación y aprobación de un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH-PUCE) antes de su ejecución, con la finalidad de asegurar que se respeten en todo momento los principios bioéticos. Con el objetivo de comunicar el conocimiento científico generado durante el proceso de investigación en el presente estudio de caso la



información de mi representado/a permanecerá bajo custodia del investigador principal en medios resguardados por un tiempo máximo de 24 meses posterior a lo cual serán eliminados los archivos que contengan la información.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE:

Al aceptar que la información de salud de mi representado/a sea utilizada con fines de investigación mediante el acceso a la historia clínica y a exámenes médicos complementarios ya realizados con anterioridad, no renuncio a ninguno de los derechos que por ley me pertenecen, estoy consciente de que la información brindada será utilizada únicamente para este fin y nunca se colocará o publicará datos que permitan revelar la identidad de mi representado/a, debido a que utilizaría una codificación con la finalidad de respetar mi confidencialidad o la de mi representado/a.

DERECHOS:

- **Consentimiento Informado:** Usted tiene derecho a recibir toda la información necesaria sobre el propósito, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio. Es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin ninguna penalización.
- **Confidencialidad:** Toda la información personal y médica proporcionada durante el estudio será tratada de manera confidencial. Solo se utilizará con fines del estudio y se protegerá de acuerdo con las leyes y regulaciones de privacidad.
- **Autoronomía:** Usted tiene derecho a tomar decisiones informadas sobre la participación de su representado/a en el estudio sin sentirse presionado o coaccionado.
- **No Discriminación:** Su decisión de participar o no participar en el estudio no afectará su acceso a la atención médica ni la calidad de los servicios que recibe.
- **Beneficencia y No Maleficencia:** El estudio se ha diseñado para asegurar que no se cause daño y, en la medida de lo posible, se busca beneficiar su salud o la de otros.
- **Información Clara y Comprensible:** Usted tiene derecho a recibir información clara y comprensible sobre el estudio, así como respuestas a cualquier pregunta que pueda tener.
- **Participación Voluntaria:** La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento sin afectar la atención médica que recibe.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Johanna Gabriela Muñoz Arévalo, 0987735152, jgmunoz@puce.edu.ec

Dr. Galo Sánchez del Hierro, presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos,
Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo,
piso 3, oficina 327, teléfono 2991700, ext. 2917, ceish@puce.edu.ec



PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Comprendo que la información de mi representado/a será utilizada con fines de investigación mediante el acceso a la historia clínica y a exámenes médicos complementarios ya realizados con anterioridad con énfasis en la descripción de las características clínicas, genéticas, criterios diagnósticos, manejo integral y pronóstico. Me han explicado los riesgos y beneficios de la utilización de los datos de mi representado/a en un lenguaje claro y sencillo. Han respondido a todas las preguntas que he realizado y me entregaron una copia de este documento. Entiendo que en todo momento los investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mi representado/a. La información obtenida del proceso de investigación se compartirá con el representante y la participante, con la finalidad de que esté en pleno conocimiento del material científico a ser publicado y pueda desaprobar la misma en caso de sentir vulneración de sus derechos. Entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberé informar al personal a cargo de la investigación.

<p>Daniel Nerez M.</p> <p>Nombre del participante:</p>	 <p>CI y Firma: 1802177269</p>	<p>15 de Julio del 2024</p>
<p>Johana Gabriela Haza</p> <p>Nombre del investigador:</p>	 <p>CI y Firma: 1809152899</p>	

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

A pesar de haber aceptado inicialmente que la información de salud de mi representado/a será utilizada con fines de investigación mediante el acceso a la historia clínica y a exámenes médicos complementarios ya realizados con anterioridad con énfasis en la descripción de las características clínicas, genéticas, criterios diagnósticos, manejo integral y pronóstico, REVOCO lo antes mencionado y solicito que la información de salud de mi representado/a sea eliminada y no se utilicen para ningún fin. Con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley corresponden a los derechos de mi representado/a.

<p>Nombre del participante:</p>	<p>CI y Firma:</p>	
<p>Nombre del investigador:</p>	<p>CI y Firma:</p>	