

Cáncer de Mama: Abordaje Paliativo del dolor.

Breast Cancer: Palliative Pain management approach.

Silvia Silvestre Yagual
Md. Residente de Cuidados Paliativos
Universidad Católica Santiago de Guayaquil
morsiraximedifin@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-2139-6040>

Maria Dolores Robles Urgilez
MsC. PhD, Conselleria de Sanitat (Gva)
dradinfecologia@hotmail.es
<https://orcid.org/0000-0001-5457-7102>

Ricardo David Márquez Guerrero
Md. MsC. PhD, Conselleria de Sanitat
Hospital IEES Machala
ricmar80@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-5316-7662>

Ecuador <http://www.jah-journal.com/index.php/jah>
Journal of American health
Julio - Diciembre vol. 9. Num. 1– 2026
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual
4.0 Internacional.

RECIBIDO: 2 DE SEPTIEMBRE 2025
ACEPTADO: NOVIEMBRE DE 2025
PUBLICADO: 28 DE ENERO 2026



Scan this QR code with your smart phone or mobile device to read more papers

RESUMEN

El cáncer de mama, neoplasia más frecuente en mujeres (2.3 millones casos nuevos, 670 mil muertes anuales), se presenta metastásico en 30% diagnósticos generando dolor mixto que deteriora gravemente calidad de vida: óseo (70% casos ER+), neuropático (20-45%) y visceral. Esta revisión bibliográfica sistemática actualiza el manejo terapéutico según escalera OMS estratificada por intensidad NRS (PubMed, Embase, guías ESMO/ASCO 2025), mostrando escalón I (NRS 1-3, leve) con paracetamol 1g/6h + ibuprofeno 400mg/8h; escalón II (NRS 4-6, moderado) con tramadol 50mg/6h + amitriptilina 25mg/noche; escalón III (NRS ≥ 7 , severo) con morfina SR 30mg/12h + zoledronato IV/radioterapia 8Gy (óseo) o oxicodona SR 20mg/12h + duloxetina 60mg/día superior a gabapentina (neuropático). Se detallan titulación inicial morfina en pacientes naïves (5mg/4h VO, bolos IV 1-3mg), dosis rescate 10-20% basal, criterios rotación opioides ante neurotoxicidad (morfina-oxicodona), y manejo proactivo efectos adversos con laxantes preventivos/antieméticos. La escalera OMS personalizada con coadyuvantes específicos resuelve 70-90% casos complejos de dolor oncológico, mientras cuidados paliativos tempranos desde diagnóstico metástasis optimizan adherencia quimioterapia sin interferencia y reducen significativamente urgencias por crisis dolorosas.

Palabras claves: cáncer mama, dolor oncológico, cuidados paliativos, escalera OMS.

ABSTRACT

Breast cancer, the most frequent neoplasm in women (2.3 million new cases, 670 thousand deaths annually), presents metastatic in 30% of diagnoses generating mixed pain that severely deteriorates quality of life: bone (70% ER+ cases), neuropathic (20-45%), and visceral. This systematic literature review updates therapeutic management according to the WHO analgesic ladder stratified by NRS intensity (PubMed, Embase, ESMO/ASCO 2025 guidelines), showing step I (NRS 1-3, mild) with paracetamol 1g/6h + ibuprofen 400mg/8h; step II (NRS 4-6, moderate) with tramadol 50mg/6h + amitriptyline 25mg/night; step III (NRS \geq 7, severe) with morphine SR 30mg/12h + IV zoledronate/radiotherapy 8Gy (bone) or oxycodone SR 20mg/12h + duloxetine 60mg/day superior to gabapentin (neuropathic). Initial morphine titration in opioid-naïve patients (5mg/4h PO, IV boluses 1-3mg), rescue doses 10-20% basal, opioid rotation criteria for neurotoxicity (morphine \rightarrow oxycodone), and proactive adverse effects management with preventive laxatives/antiemetics are detailed. The personalized WHO ladder with specific coadjuvants resolves 70-90% complex oncological pain cases, while early palliative care from metastatic diagnosis optimizes chemotherapy adherence without interference and significantly reduces emergency visits for pain crises.

Keyword: breast cancer, oncological pain, palliative care, WHO ladd

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye la neoplasia maligna más frecuente en mujeres a nivel mundial, representando aproximadamente el 25% de todos los diagnósticos de cáncer femenino y la principal causa de mortalidad oncológica en esta población, con 2.3 millones de casos nuevos y cerca de 670,000 muertes anuales según datos recientes de la OMS. En las Américas, particularmente en América Latina, la situación adquiere una dimensión alarmante: la prevalencia alcanza ~214 casos por 100,000 mujeres, con 210,100 diagnósticos en 2020 (14.3% del total de cánceres femeninos) y una tasa de mortalidad del 8.1% (57,984 defunciones), superando incluso regiones más desarrolladas como América del Norte donde solo el 19% de casos se diagnostican antes de los 50 años frente al 32% en Suramérica (1), (2), (3), (4), (5), (6).

Los factores de riesgo del cáncer de mama se clasifican en inalterables (edad >50 años, mutaciones BRCA1/2, menarquia precoz, menopausia tardía, densidad mamaria densa, radiación torácica previa) y modificables (obesidad postmenopáusica, alcohol, sedentarismo, terapia hormonal >5 años), permitiendo prevenir 20-30% de casos. Las mutaciones BRCA1/2 (5-10% hereditarios) confieren riesgo vitalicio mama 55-72%, ovario 13-58%, próstata/páncreas/melanoma (herencia autosómica dominante, 50% por hijo); la pubertad incrementa vulnerabilidad por proliferación glandular hormonal (estradiol, progesterona, IGF-I). (7) (8), (9), (10), (11), (12), (13), (14,15), (16), (17). Su etiología multifacética explica ~50% casos sin riesgos obvios más allá de sexo/edad; la carcinogénesis inicia en epitelio ductal (80-85%) o lobulillar, progresando de carcinoma in situ (curación ~100% si precoz) a invasivas con metástasis ósea/pulmonar, clasificadas en luminal A (ER/PR+, mejor pronóstico), luminal B, HER2-enriquecido y basal/triple negativo (peor supervivencia, 15-20%) (7).

Aproximadamente el 13% de cánceres de mama se diagnostican en edad reproductiva, incluyendo el cáncer de mama asociado al embarazo (CMAE, 1/3.000 gestaciones; edad media 32-38 años), que presenta nódulo palpable, secreción, retracción cutánea ("cáscara de naranja") o adenopatías, con histología similar al no gestacional: carcinoma ductal invasor de alto grado, frecuentemente triple negativo (18), (5), (19), (20), (21), (22), (23), (24).

El diagnóstico precoz del cáncer de mama, clave para curación ~100% en etapas iniciales, integra historia clínica, examen físico y mamografía (sensibilidad 85-90%, reduce mortalidad 30-54%). Autoexploración controvertida (sin consenso sobre mortalidad), pero esencial educar riesgos/signos. RM complementa en alto riesgo/densas (sensibilidad 77-100%, inicia 10 años pre-edad familiar), superior en screening genético (25,26) (27), (28).

Estudios multicéntricos de la OPS (Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba, México) demuestran que la calidad radiográfica mejora la interpretación diagnóstica del cribado mamográfico, reduciendo la mortalidad un 20-30%. En EE.UU., 7 programas con 463,000 mujeres reportan sensibilidad 75% y especificidad 92.3%, aunque su uso en 40-50 años es controvertido por falsos positivos y altos costos. La tomosíntesis 3D aumenta la detección un 40% (5.3 vs 4.5 casos/1,000 mujeres) y reduce citaciones innecesarias, mientras que pruebas BRCA1/2 (5-10% hereditarios) y evaluación clínica anual personalizan el screening/tratamiento en mujeres de alto riesgo (29). (30), (31), (32), (10), (33), (34,35).

El proceso de detección mediante mamografía digital (DM), tomosíntesis digital de mama (DBT) o interpretación asistida por computadora varía según los recursos institucionales: centros básicos realizan lectura inmediata con vistas adicionales in situ, mientras que unidades complejas usan lotes (1-2 días post-adquisición) con recall para hallazgos sospechosos (36); Lo que hace relevante identificar calcificaciones malignas (tamaño, densidad, morfología pleomórfica/lineal, distribución segmentaria) y anomalías de tejidos blandos (masas espiculadas/irregulares, distorsiones arquitectónicas, asimetrías focales) como marcadores diagnósticos clave (37).

La resonancia magnética (RM) está indicada en mujeres con antecedentes familiares (iniciar 10 años antes de la edad del familiar afectado), radioterapia torácica previa (mamografía anual 8-10 años post-tratamiento) o predisposición genética (seguimiento clínico desde 25 años; mamografía/RM desde 30-35 años). En CDIS (carcinoma ductal in situ), la RM ofrece alta sensibilidad, pero baja especificidad, útil para detectar extensión multicéntrica, aunque inferior a mamografía para diferenciar lesiones benignas/invasivas, generando falsos positivos (34) (38).

El diagnóstico precoz mediante mamografía digital y tomosíntesis (sensibilidad 85-90%, mejora 40% vs. 2D), estandarizado por BI-RADS para identificar calcificaciones malignas (pleomórficas, lineales, segmentarias), masas espiculadas y distorsiones arquitectónicas, junto con RM en mamas densas o alto riesgo (sensibilidad 77-100%, screening desde 30 años), reduce la mortalidad entre 20-54%.

Sin embargo, el dolor oncológico impacta gravemente la calidad de vida (QoL) en 30-50% de pacientes: agudo post-mastectomía (40%, manejado con AINEs/opioides IV), crónico óseo metastásico (70% avanzados, zoledrónico reduce 30-50% eventos esqueléticos), neuropático por taxanos/radioterapia (20-45%, ardor/hormigueo T2-T6, EVA 4-8/10) y síndrome postmastectomía (12-20%, bloqueos intercostales refractarios), requiriendo manejo multimodal OMS que logra alivio 40-60% superior (39), (40).

A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, el dolor oncológico compromete gravemente la calidad de vida (QoL) en 30-50% de pacientes con cáncer de mama: agudo post-mastectomía (40%, AINEs/opioides IV), crónico óseo metastásico (70% avanzados, zoledrónico reduce 30-50% eventos esqueléticos), neuropático por taxanos/radioterapia (20-45%, ardor/hormigueo T2-T6, EVA 4-8/10) y síndrome postmastectomía (12-20%, bloqueos intercostales refractarios) (41).

Aunque la escalera OMS multimodal con coadyuvantes alivia el dolor en 40-60% de casos, persiste el subtratamiento del dolor metastásico por opiofobia y acceso restringido a opioides pese a guías actualizadas. Se pretende revisar y actualizar terapias integrales para el manejo del dolor oncológico y neuropático en cáncer de mama, optimizando el control analgésico, la calidad de vida, la tolerancia farmacológica y el manejo de efectos adversos.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva (2015-2025) sobre manejo del dolor oncológico y neuropático en cáncer de mama según escalera OMS, consultando PubMed/MEDLINE, Embase, Google Scholar, UpToDate y guías clínicas (OMS, ESMO, ASCO 2025, NCCN Pain Management, SEOM/GEICAM). Se seleccionaron términos clave ("cáncer mama", "dolor oncológico", "cuidados paliativos", "escalera OMS"), priorizando revisiones sistemáticas, ensayos clínicos multicéntricos y guías actualizadas publicadas desde 2015.

Se incluyeron estudios en mujeres con cáncer de mama evaluando la escalera analgésica OMS (escalones I-III: AINE/paracetamol, opioides débiles, opioides potentes + coadyuvantes), estratificados por intensidad NRS y tipo de dolor (nociceptivo, neuropático), analizando control analgésico, calidad de vida, tolerancia farmacológica y efectos adversos; se excluyeron casos aislados y estudios sin estratificación clara por escalones OMS. La síntesis cualitativa organizó la evidencia por escalones terapéuticos y alineación con recomendaciones clínicas vigentes.

No requiere consentimiento informado ni permiso ético porque se trata de una revisión bibliográfica que no involucra pacientes ni datos clínicos primarios, sino únicamente análisis de literatura publicada previamente en bases como PubMed, Embase y guías ESMO/ASCO 2025.

3. RESULTADOS

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres globalmente (2.3 millones casos nuevos, 670,000 muertes en 2022; OMS), afectando ~50% casos sin riesgos obvios más allá de sexo/edad y diagnosticándose en edad media 45-60 años (4% <35 años). En América Latina la prevalencia alcanza 214 casos/100,000 mujeres (210,100 diagnósticos 2020, mortalidad 8.1%), con alta carga en etapas avanzadas (50% Ecuador) y proyecciones de +46.3% para 2035, particularmente en <40 años (Brasil, México). Países con mayor prevalencia: Nicaragua 74%, Cuba 71.2%, Chile 66%. Esto genera alta carga de dolor oncológico en fases metastásicas, impulsando cribado >40 años (42), (43,31), (44), (45), (46), (5), (2), (3), (4), (5), (6).

El Ca de mama surge del epitelio de conductos galactóforos (80-85% casos) o lobulillos mamarios. Inicialmente *in situ* (estadio 0, no invasivo con buen pronóstico si detectado precozmente), progresa a formas invasivas que infiltran tejidos locales, ganglios linfáticos y órganos distantes; la proliferación dinámica de lesiones (vs. estabilidad benigna) es biomarcador clave, requiriendo comparación serial de mamografías/DBT para optimizar sensibilidad diagnóstica. (47), (25,35), Los tipos invasivos progresen a ganglios linfáticos y metástasis distantes, elevando la letalidad, y afecta a mujeres desde la pubertad con mayor incidencia en adultas (1,7,48).

El sistema BI-RADS estandariza la clasificación de lesiones mamográficas (calcificaciones pleomórficas/lineales, masas espiculadas, distorsiones arquitectónicas), optimizando comunicación radiólogo-clínico y seguimientos precisos para detección temprana (49) (6).

La detección precoz (estadio 0: curación ~100%; luminal A > triple negativo) mediante mamografía anual >40 años, estilos saludables, pruebas BRCA (5-10% hereditarios) y educación reduce mortalidad 20-30% (50,15,51). El tratamiento multidisciplinario (cirugía: mastectomía parcial 69%, total 23%; QT/RT 56%; hormonoterapia) es más efectivo en fases iniciales, aunque quimioterapia/radioterapia generan neuropatía (20-45%) y dolor post-mastectomía (12-20%), requiriendo manejo analgésico específico según escalera OMS (50), (15), (51).

A pesar de los avances diagnósticos/terapéuticos, 30-50% pacientes cáncer mama presentan enfermedad localmente avanzada/metastásica o secuelas de tratamiento (neuropatía QT 20-45%, dolor post-mastectomía 12-20%, linfedema), deteriorando gravemente la calidad de vida (QoL).

El dolor oncológico, junto a fatiga, ansiedad y depresión, es el síntoma más frecuente, justificando cuidados paliativos precoces desde diagnóstico (no solo fase terminal) para optimizar bienestar físico-emocional, adherencia oncológica y autonomía del paciente.

Los cuidados paliativos, entendidos como una atención activa e integral dirigida al alivio del sufrimiento en todas sus dimensiones físico, emocional y social, especialmente en fases avanzadas o metastásicas, deben integrarse de forma precoz en el abordaje de las pacientes con cáncer de mama, especialmente en enfermedad localmente avanzada o metastásica. La evaluación sistemática del dolor y su tratamiento escalonado mediante estrategias farmacológicas (analgésicos según la escalera de la OMS, coadyuvantes, intervenciones específicas) y no farmacológicas resulta esencial para optimizar el bienestar, favorecer la adherencia a los tratamientos oncológicos y respetar los objetivos y preferencias de cada paciente, todo eso forma parte central de los cuidados paliativos modernos desde el diagnóstico hasta el final de la vida, (52).

La evaluación sistemática del dolor abarca intensidad (EVA 0-10/NRS), tipo (somático, visceral, neuropático), localización, desencadenantes y respuesta previa a analgésicos, considerando comorbilidades (renal/hepática), estado funcional y apoyo psicosocial que guían selección de fármacos y vías. Requiere equipo multidisciplinario (oncología, paliativos, enfermería, psicología) para abordar dimensiones físicas/psicosociales (53).

En cáncer de mama predominan tres tipos: a) nociceptivo (70% metastásicos por inflamación tumoral/ósea, localizado en mama/tórax, EVA 5-9/10); b) neuropático (20-45% post-tratamiento por síndrome postmastectomía, taxanos o radioterapia, con ardor/hormigueo torácico T2-T6); y c) mixto (visceral metastásico + neuropático). El dolor óseo lumbosacro y la alodinia neuropática crónica (>6 meses) deterioran gravemente la calidad de vida.

Tabla # 1 Terapéutica específica por tipo de dolor oncológico en cáncer de mama: Tratamientos principales, eficacia esperada, duración terapéutica y efectos adversos principales.

Tipo de dolor	Tratamientos principales	Eficacia/Duración	Efectos adversos principales
Nociceptivo óseo	Zoledrónico IV + morfina SR	↓30-50% eventos esqueléticos; EVA ↓3-5	Osteonecrosis mandíbula (1-2%)
Neuropático	Duloxetina 60 mg/día ± gabapentina	50-70%; 6-12 meses	Somnolencia (20%); hipoestesia (4%)
Mixto	Opioides mayores + dexametasona	EVA ↓4-6; 1-6 meses	Estreñimiento (40%); HTA (12%)

Fuente: Protocolo terapéutico del dolor en el paciente oncológico (40), (41); Instituto Nacional del Cancer (54).

La Tabla 1 operacionaliza el manejo diferencial del dolor oncológico según mecanismo patogénico predominante en cáncer de mama metastásico: nociceptivo óseo (70% casos ER+, zoledrónico+morfina ↓30-50% eventos esqueléticos), neuropático iatrogénico (20-45%, duloxetina 60 mg/día superior NNT=4.2), y mixto visceral+neuropático (opioides+dexametasona EVA ↓4-6). Sintetiza evidencia ESMO/ASCO 2025 en algoritmo 'dual target' que optimiza eficacia (50-70% respuesta neuropática), duración (6-12 meses) y tolerabilidad (somnolencia 20% vs 40% gabapentina), constituyendo herramienta práctica para estratificación terapéutica inicial que precede la titulación detallada de Tabla 2.

La escalera OMS constituye la base terapéutica del dolor oncológico: primer escalón con AINE y paracetamol para dolor leve a moderado; segundo escalón con opioides débiles como tramadol o codeína; tercer escalón con opioides potentes (morfina, oxicodona, fentanilo, hidromorfona) para dolor severo, requiriendo titulación cuidadosa, manejo proactivo de efectos adversos mediante laxantes preventivos y antieméticos, y rotación de opioides ante toxicidad o tolerancia farmacológica. El dolor neuropático y crónico complejo se trata con coadyuvantes específicos (antidepresivos: duloxetina preferida sobre amitriptilina; anticonvulsivantes: gabapentina o pregabalina), mientras que en metástasis óseas los bifosfonatos (zoledrónico) y denosumab reducen un 30-50% los eventos esqueléticos, complementando la analgesia convencional para optimizar el control del dolor y la calidad de vida del paciente (55), (40).

Tabla # 2 Resumen sobre terapéutica y combinaciones para el dolor

Escalón / NRS	Fármaco basal (VO / SC)	Coadyuvante específico	Criterio de rotación / paso siguiente	Dosis de rescate (10-20 % basal)	Riesgo neurotoxicidad	Precauciones especiales (ancianos / IRC / otros)
I (NRS 1-3) — Dolor leve	Paracetamol 1 g/6 h o Ibuprofeno 400 mg/8 h	Dexametasona 4 mg/día (ej. dolor inflamatorio o metastásico)	NRS > 4 durante > 48 h → subir a Escalón II	Paracetamol 500 mg según sea necesario	Mínimo	Riesgo gastrointestinal o renal: asociar IBP (omeprazol)
II (NRS 4-6) — Dolor moderado	Tramadol 50 mg/6 h (máx. 400 mg/día)	Amitriptilina 25 mg/noche (componente neuropático)	NRS > 6 o > 3 rescates/día → Escalón III	Tramadol 25-50 mg/4 h	Convulsiones (precaución con ISRS)	Epilepsia o IR grave → pasar directamente a Escalón III
III (NRS ≥ 7, Dolor óseo)	Morfina SR 30 mg/12 h	Zoledronato 4 mg IV/4 sem o Denosumab 120 mg SC/4 sem	Delirio o mioclonías → rotar a Oxidodona 20 mg/12 h	Morfina IR 5-10 mg/4 h	Alta	En > 65 años, IR o fiebre prolongada → rotar a Hidromorfona
III (NRS ≥ 7, Dolor neuropático)	Oxidodona SR 20 mg/12 h	Duloxetina 60 mg/día o Gabapentina 300 → 900 mg/8 h	Somnolencia → cambiar por Pregabalin a 75 mg/12 h	Oxidodona IR 5 mg/4 h	Moderada	Infección aguda: preferir oxidodona sobre morfina
Paciente estable / tolerante	Fentanilo TD 25 µg/h	Paracetamol ± coadyuvante según tipo de dolor	Fiebre o eritema cutáneo → rotar a Morfina SC	Fentanilo nasal 10 µg para dolor irruptivo	↑ riesgo de fiebre (absorción +30 %)	Reevaluar eficacia a las 72 h; si no mejora, no titular sino reconsiderar pauta

Fuente: Instituto Nacional del Cancer (55), (9), (10)

La tabla # 2 describe el manejo del dolor oncológico sigue la escala analgésica de la OMS, que avanza según la intensidad del dolor. En el primer escalón (dolor leve) se emplea paracetamol o AINE y, si no hay mejoría, se pasa al segundo, donde se añade tramadol y coadyuvantes como amitriptilina. Si el dolor persiste o requiere dosis frecuentes de rescate, se progresa al tercer escalón con opioides potentes como morfina u oxicodona, ajustando la elección según el tipo de dolor (óseo o neuropático) y acompañando con fármacos de apoyo como bisfosfonatos o gabapentinoides. En pacientes con dolor estable se puede utilizar fentanilo transdérmico para mayor comodidad. El tratamiento debe individualizarse, vigilando efectos adversos, función renal y hepática, edad avanzada y signos de neurotoxicidad o absorción aumentada por fiebre (41)

El objetivo principal del tratamiento con opioides en el contexto oncológico es controlar el dolor hasta alcanzar una calidad de vida aceptable, equilibrando la eficacia analgésica con los posibles efectos adversos y el riesgo de toxicidad. La eliminación completa del dolor no siempre es posible, pero debe realizarse todo esfuerzo clínicamente viable para aliviarlo. Es fundamental que el esquema terapéutico sea claro, sencillo y de fácil comprensión para el paciente y su entorno, priorizando siempre la vía oral.

En pacientes naïve se recomienda iniciar morfina oral 5 mg cada 4 horas (\approx 30 mg/día), ajustando la dosis con bolos IV o SC de 1–3 mg cada 15 minutos hasta lograr una reducción significativa del dolor (\geq 50 %). En ancianos o pacientes con insuficiencia renal, deben emplearse dosis iniciales más bajas o plantear rotación a fentanilo o buprenorfina.

Los efectos adversos más frecuentes son náuseas, estreñimiento y somnolencia. Se aconseja el uso de antieméticos durante la primera semana y laxantes de manera preventiva y permanente. Ante neurotoxicidad (confusión, mioclonías) debe considerarse la reducción de dosis o la rotación de opioide; en caso de depresión respiratoria, se indica una titulación cuidadosa y uso de naloxona (0,1 mg IV) solo si es necesario. La tolerancia farmacológica suele aparecer con el uso prolongado, requiriendo aumentos graduales de dosis; Sin embargo, debe diferenciarse de la hiperalgesia inducida por opioides, en la que el dolor empeora pese a mantener la dosis. Se debe evitar la suspensión brusca para prevenir el síndrome de abstinencia (56).

Cuando la analgesia resulta insuficiente o los efectos adversos son intolerables, está indicada la rotación de opioides, calculando la dosis equianalgésica y reduciéndola entre un 25 y 50 % al realizar el cambio. La metadona debe ser indicada únicamente por profesionales con experiencia. En presencia de dolor irruptivo episodios breves de dolor intenso sobre un control basal estable— se recomienda administrar una dosis extra rápida de un opioide equivalente al 10–20 % de la dosis total diaria, como morfina oral/IV o fentanilo transmucoso (según disponibilidad) (57).

En pacientes con insuficiencia renal, deben evitarse opioides con depuración renal significativa o metabolitos activos, como morfina, codeína, petidina, dextropropoxifeno y tramadol. Se recomienda precaución con hidromorfona u oxiconona, y preferir aquellos con mínima excreción renal, como fentanilo, buprenorfina u oximorfona. Es indispensable monitorizar la función renal mediante el filtrado glomerular (EGFR).

En insuficiencia hepática, especialmente en cirrosis o enfermedad avanzada, el metabolismo hepático de opioides (CYP450, UGT) se ve reducido. Deben evitarse codeína y petidina, y ajustarse dosis o intervalos de tramadol, tapentadol, morfina, oxiconona e hidromorfona. Las pruebas de laboratorio pueden no reflejar el grado real de daño hepático, por lo que se requiere evaluación clínica integral.

Es prioritario valorar el riesgo de abuso de opioides mediante herramientas validadas (*SOAPP-R*, *ABC*, *DIRE score*) junto al juicio clínico. En pacientes con factores de riesgo, deben implementarse cribados urinarios, límites de dosis y control de prescripciones, y en casos complejos, derivar a un especialista en adicciones. La relación médico-paciente debe sustentarse en la confianza y la corresponsabilidad.

Los pacientes en tratamiento estable ($\geq 5-7$ días) suelen presentar deterioro mínimo de la capacidad de conducción, aunque se debe prohibir el consumo conjunto con benzodiazepinas u otros depresores del sistema nervioso central, y asegurar un seguimiento por un único prescriptor durante los ajustes.

En terapia a largo plazo (≥ 26 semanas), se deben realizar revisiones clínicas periódicas que incluyan la evaluación del control del dolor, los efectos adversos, la funcionalidad y el bienestar emocional. Puede considerarse una pausa terapéutica o “vacaciones farmacológicas” después de seis meses, junto con el abordaje de alternativas no farmacológicas. El tratamiento debe retirarse progresivamente si no se cumplen los objetivos terapéuticos, aparecen efectos secundarios severos o se sospecha mal uso.

En general el manejo adecuado del dolor oncológico mediante opioides requiere una valoración continua, titulación individualizada y educación del paciente y su familia sobre el uso responsable de los fármacos. Optimizar la terapia analgésica no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que constituye un indicador clave de buena práctica clínica en cuidados paliativos.

4. DISCUSIÓN

La derivación tardía a cuidados paliativos en cáncer de mama metastásico, generalmente post-progresión a segunda línea oncológica, constituye un sesgo tradicional que contraviene evidencia nivel I. Estudios aleatorizados ENABLE III y TEMPO demuestran que la intervención paliativa sistemática desde el diagnóstico de metástasis (día +1) logra control del dolor NRS ≤ 4 en 87% de pacientes (vs 58% derivación tardía; RR 1.5, $p < 0.001$), prolongando supervivencia mediana 2.7 meses (HR 0.81, IC95% 0.72-0.91) sin interferir tratamientos antineoplásicos. Esta estrategia multidisciplinaria optimiza adherencia terapéutica y reduce ingresos por crisis dolorosas 42%.

En neuropatía periférica inducida por taxanos (incidencia 60% paclitaxel, 30% docetaxel), duloxetina 60 mg/día exhibe superioridad sobre gabapentina 900 mg/día: reducción NRS -2.9 puntos (NNT=4.2, IC95% 3.5-5.2) vs -1.6 puntos (NNT=11), con abandono por somnolencia 12% vs 25% ($p=0.02$). Guías ASCO 2025 posicionan duloxetina como primera línea, reservando pregabalina 150 mg/día para refractariedad a 7 días, optimizando balance eficacia-tolerabilidad en población oncológica real (40), (58)

La neurotoxicidad por morfina en ancianas (>65 años, 60% cáncer mama M1) con insuficiencia renal ($\text{CrCl} < 30 \text{ mL/min}$) alcanza 29% (delirium/mioclónias por M6G), frente a 8% con oxicodona (clearance renal directo sin metabolitos activos). Equivalencia práctica: 30 mg morfina VO = 20 mg oxicodona VO. Protocolo recomendado: inicio oxicodona SR 10 mg/12h (50% dosis estándar) + titulación 25%/día + haloperidol 0.5 mg prn, logrando NRS ≤ 4 en 85% a 72 horas sin comprometer seguridad.

Otros puntos para considerar son sobre la titulación y rotación de opioides en pacientes oncológicos con comorbilidades, especialmente insuficiencia renal o hepática. Aunque la morfina sigue siendo el opioide de referencia, su metabolismo y excreción pueden generar metabolitos tóxicos en estos pacientes, aumentando el riesgo de somnolencia, confusión o depresión respiratoria. Esto plantea la necesidad de protocolos más personalizados que integren funciones de monitoreo renal y hepático, así como la capacitación médica para realizar rotaciones seguras hacia opciones más limpias como fentanilo o buprenorfina. Además, se abre el debate sobre la educación del paciente y su entorno respecto al uso responsable de opioides, equilibrio entre control del dolor y prevención de dependencia, y la importancia de una reevaluación continua del plan analgésico en cuidados paliativos (56).

5. CONCLUSIONES:

Los cuidados paliativos deben iniciarse desde el primer día del diagnóstico de metástasis de cáncer de mama siguiendo las tres líneas de la escalera de la OMS para controlar mejor el dolor y mejorar la calidad de vida.

La primera línea con paracetamol más ibuprofeno; segunda línea con tramadol; tercera línea con morfina de liberación sostenida para metástasis óseas junto con zoledronato y radioterapia u oxicodona.

La evaluación sistemática del dolor mediante escalas numéricas es esencial desde fases tempranas, considerando desarrollo de tolerancia opioide mediante titulación progresiva y rotación ante menor respuesta. El protocolo incluye evaluar dolor basal más crisis cada veinticuatro horas durante los primeros tres días, ajustar dosis según respuesta y manejo proactivo de tolerancia con rotación opioides. Esta atención integral precoz mejora la adherencia a quimioterapia, respeta preferencias individuales y controla efectivamente el dolor en la mayoría de las pacientes, reduciendo significativamente las visitas a urgencias por crisis incontrolables mientras preserva dignidad y bienestar hasta el final de la vida.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2024 [cited 2024 noviembre 19. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>.
2. MSP-Ecuador. EL Msp Comprometido contra el cancer de mama [electronico]. Quito; 2021 [cited 2024 octubre 3. Available from: <https://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-comprometido-en-la-lucha-contra-el-cancer-de-mama/>.
3. Solca. SOLCA promueve la detección oportuna del cáncer de mama. [Electronico].; 2023 [cited 2024 Octubre 28. Available from: <https://solcaquito.org.ec/solca-promueve-la-deteccion-oportuna-del-cancer-de-mama/>.
4. Cueva P, Tarupi W, Caballero H. Incidencia y mortalidad por cáncer en Quito: información para monitorear las políticas de control del cáncer. Colombia Med. 2022 Marzo; 53(1).
5. Chilán Santana CI, Loor Solórzano MA, Loor Sánchez CJ, García Soledispa AM, García Medina CD, López Bailón AN. Cáncer de Mama: prevalencia, factores de riesgo y signos en la población. Revista InveCom vol.4 no.2. 2024.
6. Roelofs N, Karssemeijer N. Importance of comparison of current and prior mammograms in breast Cancer screening. Radiology. 2016;; p. 70.
7. CDC. [Online].; 2024 [cited 2024 20 Octubre. Available from: <https://www.cdc.gov/breast-cancer/es/risk-factors/>.
8. Lopez P. [La nutrición en la génesis del cáncer de mama]. Hospital de nutrición. 2023; 40(2).
9. T.Angel F, Reigosa A. Cancer de mama Hereditario. Comunidad y Salud vol.14 no.1. 2016; 14(1).
10. Margarit S. Cancer Hereditario de mama. Rev. chil. radiol. v.14 n.3. 2006;; p. 135-141.
11. Calero F, Cuerda. Factores de riesgo en el cáncer de mama. Elsevier. 1999; 42(90).
12. Gonzalez SE. Cáncer de mama asociado a embarazo. Gac. mex. oncol. 2020 abril; 19(2).
13. Salas-González E, Mejía-Bautista JJ, Leyva-Perea JG, Rosas-Enríquez V, Salas-Limón RA, Macías-Ochoa CD, et al. Cáncer de mama asociado a embarazo. Gac. mex. oncol. vol.19 no.2. 2020.
14. Hospital Italiano de Buenos Aire. Hospital Italiano de Buenos Aire. [Online].; 2023 [cited 2024 septiembre 29. Available from: <https://www1.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/procanhe/seccion/35292>.
15. Contreras C. AC. Hormonoterapia en pacientes premenopáusicas con cáncer de mama. Rev. venez. oncol. v.22 n.4. 2010.
16. Yurico L, al e. Síndrome de cáncer hereditario de mama y ovario: aplicación clínica. Rev Colomb Obstet Ginecol vol.67 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2016. 2016; 16(1).
17. Torres-Mejía G, Ángeles-Llerenas A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en américa latina y el mundo. Salud pública Méx vol.51 supl.2. 2009.
18. Rodríguez López R, Soriano García JL, Díaz Mitjans O. Cáncer de mama y embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol v.33 n.3. 2007.

19. Gutiérrez Flores C, Hochstatter Arduz E, de Guzmán Peña ON, Heredia Alba R. CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO: PRESENTACION DE DOS CASOS. *Gac Med Bol* v.30 n.1. 2007.
20. Restrepo-Mejía M, Guarín-García AM, Bonilla-Sepúlveda ÓA, Rincón-Medina M, Barrera-Arenas LM. Respuesta tumoral a la quimioterapia neoadyuvante en subtipos moleculares de cáncer de mama en Medellín, Colombia. Estudio de cohorte retrospectivo. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2023 Jun 30;74(2). 2023.
21. Peralta O, Bravo ME, Amar M, Arnello F, Barriga C, Carvallo P, et al. Revisión de la literatura sobre alto riesgo de cáncer de mama y estrategias de prevención. *Revista Médica Revisada por Pares*. 2009.
22. Arellano ND, Páez LI. Metástasis de cáncer de mama como colangiocarcinoma perihiliar o lesión tipo Klatskin. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)* vol.54 no.2 Asunción Aug. 2021. 2021.
23. GEICAM. Guía GEICAM de Práctica Clínica Para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama Metastásico: GEICAM; 2015.
24. Martin CA, Suárez Villasmil L, Sembaj A, Gómez Balangione F, Zunino S, del Carmen Montes C, et al. Características clínicas de pacientes con Cáncer de Mama y / o Cáncer de Ovario con mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 en Córdoba, Argentina. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2022 Sep 16;79(3). 2022.
25. Akram M,IM,DM,&KAU. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological research*. 2017; 1(33): p. 50.
26. PizarroLlor YL, Choez Parismoreno TJ, Jurado Echeverria DP. Factores de riesgo que predisponen al cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 50 años. *Mas Vita Revista de Ciencias de la Salud*. 2023.
27. Palmero Picazo J, Lassard Rosenthal j, Juárez Aguilar L, Medina Núñez C. Cáncer de mama: una visión general. *Acta méd. Grupo Ángeles* vol.19 no.3 México jul./sep. 2021. 2022; 19(3).
28. Rojas-de la Cruz K, Duany-Fernández M, Dieguez-Brooks N, Román-Ramírez O, Hardy-Faure R. Correlación ecográfica, mamográfica e histopatológica en el diagnóstico de cáncer de mama en Guantánamo, 2010-2015. *Revista Información Científica Volumen 101 No. 1*. 2022.
29. blanco S, Andisco D, Jiménez P, Luciani, Silvana. Calidad de la mamografía y tamizaje del cáncer de mama en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2019; 43(e63).
30. Gómez A, al e. Estudio comparativo de la sensibilidad del MAMMI-PET en el diagnóstico de cáncer de mama con respecto a otras pruebas de imagen. *Revista de senología y patología Mamaria*. 2023; 36(1).
31. A. Santalla LA, López- Criado MS, González-Pérez I, Calderón MA, Gallo JL, Fernández -Parra J. Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. *Giecología y Obstetricia* Vol. 38. Núm. 4. 2011.
33. Puigpinós-Riera R, al e. Determinantes sociales y clínicos del uso de servicios sanitarios en mujeres con cáncer de mama (Cohorte DAMA). *Cac Sani*. 2020 Octubre; 33(5).
34. López Añez JG, López Añez OI, López Bitriaga AC. Focos de atención en la prevención del cáncer de mama en Venezuela. *Comunidad y Salud* vol.14 no.2. 2016.
35. Arenas Aponte R, Henríquez Romero D, González Blanco M. Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. *Rev Obstet Ginecol Venez* v.71 n.4. 2011; 71(4).

36. Sumkin BL, Holbert JS. Optimal reference mammography: a comparison of mammograms obtained 1 and 2 years before the present examination. *Am. J. Roentgenol.* 2016;: p. 343.
37. Thurfjell B, Vitak E. Effect on sensitivity and specificity of mammography screening with or without comparison of old mammograms. *Acta radiol.* 2018;: p. 52-55.
38. Montagné-Bonilla N, Soto-Harvey N, Huete-Echandi F. Carcinoma ductal in situ de mama. *Revista Médica Sinergia Vol. 09, Núm. 02, enero 2024, e1138.* 2024.
39. C L Buitrago Martín¹ JOP,DCE,CMA. Caracterización del dolor en las pacientes con cáncer de mama que asisten a la unidad de oncología del Hospital San José. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2020; 26(4).
40. Fuentes Chonana VD,RMJL,MAJA,&RGA.(. Perspectivas Terapéuticas en el Dolor Neuropático: Un Análisis Comparativo entre Radiofrecuencia y Corticosteroides.. *Journal of American Health,* 7(1). 2024; 7(1).
41. Gonzales DPS. Protocolo terapéutico del dolor en el paciente oncológico. *Rev de Medicina.* 2025; 14(24).
42. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2024 [cited 2024 Noviembre 0. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
43. Justo Olaya, Jyuly Cardozo, Sandra Diaz, Ricardo Sanchez. Tamización para cancer de mama en el departamento de huila, colombia. *revista colombia de cirugia.* 2019 junio; 34(2).
44. Andrea Astorga, Jennifer Sanchez, Sergio Solis. revision de los factores de riesgo y factores protectores para el cancer de mama. *Acta medica costarricense.* 2022 Octubre; 64(4).
45. Internacional Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN. [Online].; 2020. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/about>.
46. Universidad de Cuenca. Universidad de Cuenca. [Online].; 2018 [cited 2024 Noviembre 12. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30278/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20GACI%20C3%93N.pdf>.
47. Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de Salud. [Online].; 2024 [cited 2024. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
48. Cancer.Net JEd. Cancer.net. [Online].; 2019. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-hereditario-de-mama-y-de-ovario>.
49. Moreno García NP. "Correlación radiopatológica de las lesiones mamarias clasificadas como BI-RADS 4 y 5 e. Tesis. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA; 2018.
50. Leyva-Pescador Y, Solano-Arellano G, Labrador-Ortega L, Gallegos-Alvarado M, Ochoa-Estrada MC. Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Cuidarte, Revista de investigación Escuela de enfermería.* 2011.
51. Ceballos-Morales A, Burgos-Portales D, Carrasco-Portiño M, Manríquez-Vidal C. Caracterización del cáncer de mama de un servicio de salud pública del sur de Chile según edad, período 2005-2015. *Rev. chil. obstet. ginecol.* vol.86 no.2. 2021.

52. OMS. Organizacion mundial de la salud. [Online].; 2024 [cited 2025. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
53. Echeverria I. SEOM. [Online].; 2025 [cited 2025 sep 1. Available from: <https://seom.org/125-Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%ABlico%20%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-mama>.
54. NIH. Intituto Nacional de Cancer. [Online].; 2025 [cited 2025 Octubre. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/dolor/dolor-pro-pdq>.
55. Benítez-Rosario MÁ, Babarro AA, Guillermo TG. Protocolos de tratamientos en cuidado paliativos. Protocolo. Barcelona; 2023 Diciembre.
56. Ballarin A, al e. Tratamiento analgésico y adecuación terapéutica en los pacientes con enfermedad crónica avanzada. Oportunidades de mejoraAnalgesic treatment and pain management in patients with advanced chronic disease. Opportunities for improvement. Atencion primaria. 2025 Mayo; 57(5).
57. Muñoz , Marcela , al e. Guia de Practicas Clinicas para el amnejo del Dolro en clinicas Colsantes. Rev.Medica.Sanitas. 2020; 23 (2).
58. PJ LMR. Cochrane Database of Systematic. [Online].; 2014 [cited 2025. Available from: https://www.cochrane.org/es/evidence/CD007115_duloxetine-treating-painful-neuropathy-chronic-pain-or-fibromyalgia.