



NOTA CLÍNICA

Implementación de figuras humanas elaboradas con plastilina como herramienta clínica para el abordaje del dolor de difícil control en pacientes con cáncer cérvicouterino avanzado. Reporte de 5 casos

Georgina Domínguez-Ocadio*¹, Silvia Allende-Pérez¹, Andrea Flores-González², David Reyes-Chiquete¹ y Emma Verastegui¹

¹Servicio de Cuidados Paliativos. Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México, México. ²Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra. La Paz. Baja California Sur, México.

Recibido el 3 de abril de 2024

Aceptado el 4 de marzo de 2025

PALABRAS CLAVE

Dolor de difícil control, cuidados paliativos, sufrimiento, cáncer cérvicouterino.

Resumen

El manejo del dolor de difícil control en pacientes con cáncer cérvicouterino representa un mayor desafío para el equipo de cuidados paliativos al sumarse factores sociales limitados y sufrimiento; contar con una herramienta clínica como las figuras humanas de plastilina favorece la expresión y abordaje terapéutico idóneo.

Implementation of human figures made with plasticine/modeling clay as a clinical tool to address difficult-to-manage pain in patients with advanced cervical cancer. Report of 5 cases

KEYWORDS

Pain that is difficult to manage, palliative care, suffering, cervical cancer.

Abstract

Managing difficult-to-control pain in patients with cervical cancer represents a major challenge for the palliative care team, combined with limited social factors and suffering; having a clinical tool such as plasticine human figures favors expression and an appropriate therapeutic approach.

*Autor para correspondencia:

Georgina Domínguez-Ocadio
Instituto de Cancerología. Av. San Fernando nº 22, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, CP 14080, Ciudad de México, México.
Correo electrónico: georginadominguez_26@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2025.1493/2024>

e-ISSN: 2340-3292/© 2024 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Domínguez-Ocadio G, Allende-Pérez S, Flores-González A, Reyes-Chiquete D, Verastegui E. Implementación de figuras humanas elaboradas con plastilina como herramienta clínica para el abordaje del dolor de difícil control en pacientes con cáncer cérvicouterino avanzado. Reporte de 5 casos. *Med Paliat.* 2024;31:137-141.

INTRODUCCIÓN

El manejo del dolor de difícil control en pacientes con cáncer avanzado es un desafío para el personal clínico de cuidados paliativos, siendo imperativo su abordaje por un equipo interdisciplinario especializado¹, que permita un enfoque multidimensional y la implementación de un manejo individualizado con una constante reevaluación de síntomas². De acuerdo con la definición del dolor por la IASP (2020), promueve el comprender al dolor a través de la experiencia, la expresión y el contexto de vida de cada paciente, así como su influencia por factores biológicos, sociales y psicológicos³.

Las pacientes con cáncer ginecológico, específicamente el cervicouterino, presentan factores sociales y económicos limitados con relación a ingresos económicos, educación, empleo, seguridad comunitaria y apoyo social, aunado a una gran carga de síntomas angustiantes, entre los que destaca el dolor^{4,5}. La suma de los factores mencionados incrementa la vulnerabilidad de este grupo de pacientes, ocasionando barreras en la exploración, expresión, interpretación, diagnóstico y tratamiento del dolor. Se ha descrito que ciertos rasgos personales tienen relación con la expresión del dolor, lo cual representa un mayor desafío para el abordaje y control óptimo de este síntoma⁶, categorizándose como “dolor de difícil control”⁷.

El dolor crónico pélvico que padecen las pacientes con cáncer cervicouterino favorece el desarrollo de una respuesta negativa exagerada y una anticipación al dolor, amplificando así la desagradable experiencia⁸; si a esto agregamos otros factores como angustia psicológica, pérdida del control de la vida, factores relacionados con el dolor intenso, se convierten en generadores directos del sufrimiento⁹, lo que vuelve aún más complejo el abordaje del dolor en este grupo de mujeres.

CASO CLÍNICO

Previo a proponer, capacitar y obtener el consentimiento de las 5 pacientes con diagnóstico de cáncer cérvicouterino avanzado, hospitalizadas por descontrol de dolor, fueron derivadas con motivos de interconsulta al servicio de cuidados paliativos por oncología médica para manejo conjunto, por: 1) progresión de la enfermedad, 2) descontrol del dolor que limitaba la continuidad del manejo antitumoral, 3) diversos ingresos en el servicio de urgencias y hospitalización, 4) gran carga de síntomas y 5) pronóstico reservado. Se tuvo en cuenta el antecedente de manejo analgésico por parte del servicio de clínica del dolor con opioides y fármacos adyuvantes con una pobre respuesta antiálgica, por lo que se requirió titulación y/o rotación de opioide como estrategia terapéutica.

Después de recibir la interconsulta para manejo conjunto, el equipo de cuidados paliativos aplicó el abordaje integral

de atención de paciente de primera vez, por las áreas de enfermería, médica y psicología.

Para obtener la semiología del dolor, se detectó como primera barrera el descontrol del mismo, que limitaba la comunicación con la paciente, por lo que se requirió el uso de rescate con opioide para disminuir la intensidad del dolor y facilitar la conversación. La segunda barrera se relacionó con el bajo nivel cultural aunado a su mínima escolaridad, lo que limitaba la obtención de los datos, específicamente características e intensidad.

Las barreras en la expresión de las pacientes con dolor generaron una modificación del abordaje integral. Día 1: el área médica ajusta analgesia multimodal, considerando el manejo previo. Día 2: integración de las figuras de plastilina, interpretación y ajuste de manejo farmacológico. Día 3: el área de psicología realiza abordaje. Día 4: el área de enfermería lleva a cabo abordaje. Durante toda la estancia hospitalaria se continuó el ajuste de manejo farmacológico. Se estableció un ambiente de confianza y compasión por cada integrante del equipo de cuidados paliativos. Se observó un mejor control del dolor, de los otros síntomas, del sufrimiento, así como de la comunicación y expresión de necesidades de cada paciente. Se detectó una adecuada aceptación por parte de las pacientes del abordaje por el equipo, así como de los muñecos representativos de plastilina.

Se decidió implementar la plastilina para representar una figura humana, debido a que la mayoría de las personas la conocen y han utilizado en algún momento de su vida, es maleable, de colores, económica y fácil de conseguir. A través de esta representación de figura humana, se instruyó a las pacientes para identificar por colores la *intensidad* (verde: *dolor leve*; amarillo: *dolor moderado*; rojo: *dolor intenso*; y blanco: *sufrimiento*) así como la *localización* y *extensión*. Se utilizó solo en una ocasión por paciente.

Caracterizar el dolor a través de la plastilina facilitó a las pacientes, cuidadores y equipo de cuidados paliativos convertir algo subjetivo en algo tangible y medible en este grupo de pacientes que presentaron una limitación en la expresión del dolor, y que, en un principio, lo hacían a través de gritos y gemidos debido al dolor. Se descartó la presencia de delirium. Se detectaron, al menos, 2 síndromes dolorosos, angustia psicológica, sufrimiento, distrés financiero y ansiedad. En 2 pacientes se detectó ideación suicida, que requirió el abordaje por psiquiatría (Tabla I).

Se correlacionaron las figuras de plastilina con los resultados de imagen, para la integración de los síndromes dolorosos y así sustentar el manejo farmacológico analgésico, obteniendo una disminución gradual en la intensidad del dolor en la escala numérica de 10/10 (previa a nuestra intervención), que disminuyó a una intensidad de 4/10 (posterior al manejo establecido), con un impacto positivo con relación a la angustia y sufrimiento, lo cual favorecía el control del dolor (Tabla II).

Tabla I. Características demográficas y estatus en el momento de la valoración de primera vez por cuidados paliativos.

	Paciente				
	1	2	3	4	5
Edad	24 años	28 años	37 años	38 años	41 años
Escolaridad	Preparatoria	Secundaria	Primaria	Primaria	Preparatoria
Estado civil	Soltera	Soltera	Casada	Casada	Casada
Ingresos mensuales	\$251 USD 230 €	\$269 USD 247 €	\$359 USD 330 €	\$146 USD 134 €	\$315 USD 289 €
N.º de hijos (edad)	0 hijos	3 hijos (13 ^a , 8 ^a , 4 ^a)	5 hijos (24 ^a , 22 ^a , 20 ^a , 17 ^a , 16 ^a)	3 hijos (14 ^a , 10 ^a , 8 ^a)	2 hijos (17 ^a , 6 ^a)
Religión	Católica	Católica	Católica	Católica	Católica
Cuidador primario	Mamá	Mamá	Esposo	Hermana	Esposo
N.º síndromes dolorosos	3	3	2	3	3
Distrés psicológico	Ansiedad	Ansiedad, ideación suicida	Ansiedad, ideación suicida	Ansiedad	Ansiedad
Angustia psicológica	10/10	10/10	10/10	10/10	10/10
Sufrimiento	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Distrés financiero	10/10	10/10	10/10	10/10	6/10
N.º rotación opioide	3	4	3	3	3
Dosis equivalente de morfina oral	200 mg	225 mg	246 mg	83 mg	297 mg
N.º fármacos adyuvantes	3	3	3	3	3

DISCUSIÓN

Se trata de una serie de 5 casos de pacientes con dolor de difícil control, al que se sumó el distrés psicológico (incluso ideación suicida) y el sufrimiento por el futuro incierto de sus hijos menores de edad (en 4 de las pacientes). Nuestro equipo de cuidados paliativos motivado ante este desafío, tuvo la oportunidad de crear una herramienta sencilla y práctica que nos permitió comprender la situación de forma objetiva, a través del moldeado de figuras humanas en plastilina, en donde cada paciente representó el dolor y/o sufrimiento, que sustituyera a los gritos o gemidos con los que se expresaban. Cada una aceptó de manera óptima, promoviendo así la comunicación personalizada y efectiva, lo que además disminuyó el desgaste del equipo en cuidados paliativos⁹. La representación de las figuras humanas facilitó de manera bidireccional y efectiva la comunicación para conseguir un diagnóstico algológico total, por lo tanto, el manejo terapéutico idóneo², abordando al dolor y al sufrimiento de manera simultánea¹⁰, considerando al dolor, como la clave para lograr un primer acercamiento asertivo con las pacientes, haciendo posible detectar y afrontar el sufrimiento de manera paralela, con lo que obtuvimos un impacto físico y emocional positivo¹¹. Al implementar esta

estrategia, el equipo especializado de cuidados paliativos brindó confianza, calidez y compasión en cada intervención, permitiendo la atención a las necesidades de este grupo de pacientes con gran carga de síntomas¹. No se encontraron artículos previos relacionados con el uso de plastilina como herramienta para la evaluación objetiva y control del dolor y/o sufrimiento.

CONCLUSIONES

Cambiar los gemidos y gritos por dolor y/o sufrimiento por medio de la representación visual en figuras humanas moldeadas en plastilina, facilita la comprensión diagnóstica y el abordaje terapéutico idóneo, generando un vínculo con empatía y confianza en este grupo de pacientes con el equipo sanitario tratante.

ASPECTOS ÉTICOS

Los autores confirman haber cumplido con las normas éticas relevantes y cuentan con el consentimiento informado de los pacientes.

Tabla II. Correlación de las figuras de plastilina con sitios de progresión de la enfermedad, diagnóstico algológico y sufrimiento.

Paciente 1

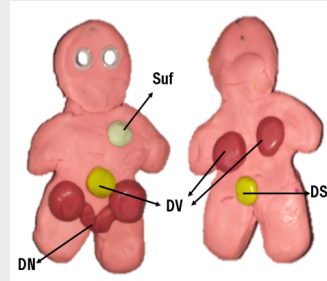
Figura hecha con molde.

DS: dolor somático moderado, secundario a infiltración de músculo piramidal derecho.

DV: dolor visceral pélvico moderado, secundario a infiltración tumoral a pared lateral de útero con irradiación dorsal.

DN: dolor neuropático inguinal y perineal intenso, secundario a infiltración a vejiga y vagina.

Suf: sufrimiento por no concluir sus planes.



Paciente 2

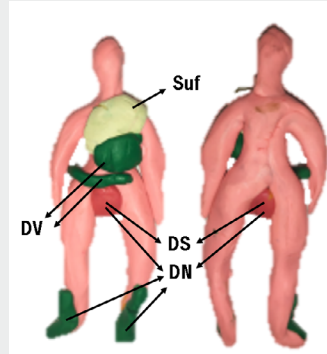
Figura realizada por la paciente.

DV: dolor visceral abdominal y pélvico leve secundario a adenopatías iliacas, adenopatías obturatrices bilaterales, cambios posradioterapia.

DS: dolor somático con componente neuropático intenso, en región perineal secundario a actividad metastásica tumoral en cérvix, fistula recto-vaginal, engrosamiento de vejiga.

DN: dolor neuropático periférico, en miembros pélvicos, bilateral, secundario a quimioterapia (platinos).

Suf: sufrimiento por preocupación del futuro de sus hijos.



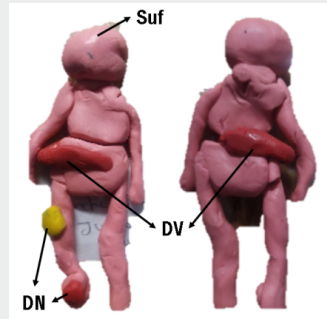
Paciente 3

Figura realizada por la paciente.

DV: dolor visceral abdominal y pélvico, con irradiación a región dorsal intenso, secundario a perforación y colección en pelvis, Infiltración de órganos (cúpula vagina, recto, sigmoidea y vejiga).

DN: dolor neuropático periférico en miembro pélvico derecho, intenso, secundario a lesiones de sacro y articulación del isquion e infiltración L4-L5.

Suf: sufrimiento por preocupación del futuro de sus hijos.



Paciente 4

Figura humana hecha con molde.

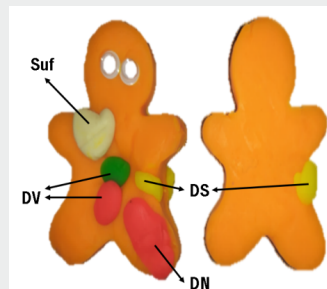
DS: dolor somático inguinal moderado, secundario a adenopatías iliaca ipsilateral.

DN: dolor neuropático en miembro pélvico izquierdo, secundario a actividad tumoral.

DV: dolor visceral pélvico intenso, secundario a lesión en cérvix, con infiltración a útero y tercio proximal de vagina.

DV: dolor visceral abdominal leve, secundario a adenopatías retroperitoneales.

Suf: sufrimiento por preocupación del futuro de sus hijos.



Paciente 5

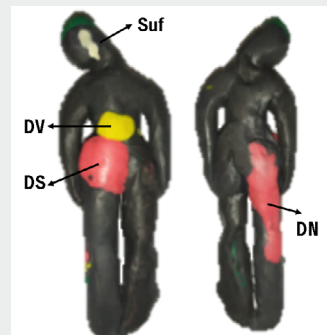
Figura realizada por la paciente.

DN: dolor neuropático periférico intenso, en miembro pélvico derecho, secundario a infiltración tumoral del obturador derecho.

DV: dolor visceral pélvico intenso, secundario a absceso retroperitoneal derecho, engrosamiento de pared de colon, AT en unión uretero-vesical y vejiga, irradiado a región de hemiabdomen superior.

DS: dolor somático inguinal intenso, secundario a colección en obturador derecho.

Suf: sufrimiento por el futuro de sus hijos.



CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

REFERENCIAS

1. Platt M. Pain challenges at the end of life—Pain and palliative care collaboration. *Rev Pain*. 2010;4:18-23.
2. Wood H, Dickman A, Star A, Boland JW. Updates in palliative care - overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. *Clin Med (Lond)*. 2018;18:17-22.
3. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161:1976-82.
4. Allende-Perez S, Dominguez-Ocadio G, Velez-Salas V, Isla-Ortiz D, Peña-Nieves A, Verastegui E. Snapshot of symptoms of advanced cervical cancer patients referred to the palliative care service in a cancer center in Mexico. *Intl J Gynecol Obstet*. 2021;153:335-9.
5. Kim YJ, Munsell MF, Park JC, Meyer LA, Sun CC, Brown AJ, et al. Retrospective review of symptoms and palliative care interventions in women with advanced cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2015;139:553-8.
6. Repolles Pro M, Brañas Garza P. Sensibilidad, resistencia y expresión del dolor: relación con la socialización del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010;17:304-11.
7. Mercadante S. Managing difficult pain conditions in the cancer patient. *Curr Pain Headache Rep*. 2014;18:395.
8. Brawn J, Morotti M, Zondervan KT, Becker CM, Vincent K. Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. *Hum Reprod Update*. 2014;20:737-47.
9. Gerdle B, Dragioti E, Rivano Fischer M, Ringqvist Å. Pain intensity and psychological distress show different associations with interference and lack of life control: A clinical registry-based cohort study of > 40,000 chronic pain patients from SQRP. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2023;4:1093002. doi: 10.3389/fpain.2023.1093002.
10. Stilwell P, Hudon A, Meldrum K, Pagé MG, Wideman TH. What is pain-related suffering? Conceptual critiques, key attributes, and outstanding questions. *J Pain*. 2022;23:729-38.
11. Stilwell P, Hudon A, Meldrum K, Pagé MG, McIntyre V, Wideman TH. moving closer to an inclusive definition of pain-related suffering and targeted care. *J Pain*. 2023;24:552-3.