




## REVISIÓN

# Tratamiento paliativo en el contexto clínico del cáncer avanzado: análisis de concepto

## HIGHLIGHTS

1. El tratamiento paliativo no es sinónimo de cuidados paliativos y apoyo.
2. El cáncer avanzado es el antecedente del concepto de tratamiento paliativo.
3. Los atributos del concepto son tratamientos sistémicos y localizados.
4. Las consecuencias son la calidad de vida y la supervivencia.

Leonel dos Santos Silva<sup>1</sup> Luciana de Alcântara Nogueira<sup>1</sup> Raquel de Castro Figueiredo Pereira Coelho<sup>2</sup> Julia Luriane Hermes de Oliveira<sup>1</sup> Nicole Cünegundes de Aguiar Briedis<sup>1</sup> Luciana Martins da Rosa<sup>3</sup> Luciana Puchalski Kalinke<sup>1</sup> 

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el concepto de tratamiento paliativo en el contexto clínico del cáncer avanzado. **Método:** Análisis del concepto propuesto por Walker & Avant, organizado en ocho etapas y puesto en práctica mediante una revisión del alcance. Búsqueda de artículos realizada entre mayo y octubre de 2024 en siete fuentes de datos, con una limitación de diez años. Se presentaron los casos modelo, borderline y contrario. **Resultados:** El antecedente principal fue un cáncer avanzado. Los atributos incluyen intervenciones como la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía, utilizadas con o sin el adjetivo "paliativo". Las consecuencias tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia. **Conclusiones:** El tratamiento paliativo se basa en el concepto de cuidados paliativos de apoyo, pero se limita a tratamientos sin intención curativa, centrándose más en la enfermedad que en la persona. El uso correcto del concepto es indispensable para la comunicación entre pacientes, familiares y producción académica, ya que el tratamiento paliativo presenta particularidades distintas de otros enfoques.

**DESCRIPTORES:** Tratamiento paliativo; Cuidados paliativos; Formación de conceptos; Enfermería oncológica; Neoplasias.

## CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Silva LS, Nogueira LA, Coelho RCFP, de Oliveira JLH, Briedis NCA, da Rosa LM, et al. Tratamiento paliativo en el contexto clínico del cáncer avanzado: análisis de concepto. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e98347es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.98347es>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.<sup>2</sup>Complexo Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.<sup>3</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la transición social y epidemiológica da lugar a disparidades en los datos sobre el cáncer, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, debido a la elevada incidencia, la mortalidad, el costo económico y las limitaciones en la oferta de tratamientos y cuidados<sup>1-2</sup>.

Entre el 50 % y más de los diagnósticos se realizan en estadio avanzado (III) o metastásico (IV) y el tratamiento no responde a la intención curativa<sup>3</sup>. En el contexto del Tratamiento Paliativo (TP), las personas y sus familiares se enfrentan a objetivos terapéuticos, pronósticos y asistenciales diferentes, que suponen retos únicos en comparación con las enfermedades en fase inicial o terminal<sup>4</sup>.

Aunque los nuevos tratamientos traen esperanzas prometedoras, como la combinación de inmunoterapia en el tratamiento de oligometástasis, con posibilidad de curación en algunos casos<sup>5-6</sup>. Aun así, el pronóstico se ve comprometido no solo por el tratamiento, sino también por las multimorbilidades, las toxicidades y la condición clínica limítrofe<sup>6</sup>.

Tanto el TP como los vendajes se dirigen de forma sinérgica a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y prolongar la supervivencia<sup>7-8</sup>. Se recomienda que se proporcionen cuidados paliativos y apoyo (CPA) a todas las personas en el momento del diagnóstico de cáncer avanzado, pero en la práctica, ambos se ofrecen con poca frecuencia o tardíamente<sup>7</sup>.

Los cuidados paliativos (CP) se indican de forma precoz, independientemente de la fase de la enfermedad o los objetivos terapéuticos, y con prioridad en el TP. Se trata de un enfoque centrado en la persona y sus familiares que no se limita a la enfermedad, sino que integra una propuesta de cuidados desde las dimensiones biopsicosocioespirituales, con el objetivo de mejorar la CVRS y la supervivencia global a corto plazo<sup>7,9</sup>. Por otro lado, los cuidados de apoyo tienen como objetivo la prevención, el manejo de los síntomas y los efectos adversos del tratamiento en el *continuum* del proceso del cáncer, desde el diagnóstico hasta después del tratamiento, incluyendo la oferta de educación, la prevención secundaria, información comprensible, rehabilitación, mayor supervivencia y calidad de vida al final de la vida<sup>10</sup>.

Existen diversos conceptos para informar sobre diferentes afecciones clínicas, tratamientos o cuidados, pero una definición clara puede facilitar la comprensión mutua de su especificidad en el contexto clínico. La comunicación de conceptos imprecisos oscurece las razones por las que una persona estaría dispuesta a soportar los posibles efectos y toxicidades del CP<sup>11</sup>.

En vista de lo anterior, esta investigación se justifica por la existencia de incomprendimientos conceptuales sobre las condiciones clínicas y los enfoques terapéuticos, más evidentes en países de ingresos bajos y medios<sup>12-13</sup>. Los análisis conceptuales son fundamentales en la construcción de una ciencia, además de contribuir a la investigación, son pasos iniciales para crear y probar teorías, y pueden dar lugar a pruebas para cuestiones y problemas de la práctica de la enfermería<sup>14-15</sup>.

Para ello, esta investigación requiere responder a las siguientes preguntas: ¿Cuál es el concepto de TP en pacientes adultos con cáncer avanzado? ¿Cuáles son los antecedentes, atributos y consecuencias del TP? Este estudio tiene como objetivo analizar el concepto de tratamiento paliativo en el contexto clínico del cáncer avanzado

para comprenderlo mejor y favorecer la uniformidad y la adecuación de su uso por parte de los profesionales sanitarios y demás personas implicadas.

MÉTODO

Revisión de alcance

Inicialmente, se llevó a cabo una revisión de alcance, tal y como se describe en el *Joanna Briggs Institute* (JBI)<sup>16</sup>: en la primera etapa, se identificaron la cuestión y el objetivo. La pregunta de investigación estructurada mediante el mnemotécnico PCC (Población-Concepto-Contexto) fue: ¿Cuál es la definición de tratamiento paliativo en adultos con cáncer avanzado? En el Cuadro 1 se presentan los elementos, los detalles de las estrategias y el registro del protocolo, disponibles en *Open Science Framework* (<https://osf.io/xwkzg/>).

**Cuadro 1.** Elementos de la pregunta orientadora y estrategia de búsqueda. Curitiba, PR, Brasil, 2025

| Elemento              | Variables                    | Descriptores seleccionados/filtros   |
|-----------------------|------------------------------|--|
| <i>P (population)</i> | Adultos                      | Filtros aplicados en la estrategia de búsqueda: adultos y personas mayores   |
| <i>C (concept)</i>    | <i>Tratamiento paliativo</i> | ("Palliative Therapy" OR "Palliative Treatments" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Therapeutics" OR "Palliative Oncology" OR "Palliative Nursing") <b>[DnC]</b> |
| <i>C (context)</i>    | Cáncer                       | ("Neoplasms") OR ("Oncology Nursing") OR ("Medical Oncology") <b>[MeSH/DeCS]</b>   |

Detalles de la estrategia de PubMed

#1: "Neoplasms"[Mesh]  
#2: (Tumors) OR (Neoplasia) OR (Neoplasias) OR (Neoplasm) OR (Tumor) OR (Cancer) OR (Cancers) OR (Malignant Neoplasm) OR (Malignancy) OR (Malignancies) OR (Malignant Neoplasms) OR (Benign Neoplasms)  
#3: "Oncology Nursing"[Mesh]  
#4: (Oncologic Nurs\*) OR (Oncological Nurs\*) OR (Cancer Nurs\*)  
#5: "Medical Oncology"[Mesh]  
#6: (Medical Oncology) OR (Clinical Oncology)  
#7: #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6  
#8: Palliative Therapy"[Title] OR "Palliative Treatments"[Title] OR "Palliative Treatment"[Title] OR "Palliative Therapeutics"[Title] OR "Palliative Oncology"[Title] OR "Palliative Nursing"[Title]  
#9: #7 AND #8

Leyenda: MeSH (*Medical Subject Headings*); DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud); DnC (Descriptor no Controlado)  
Fuente: Los autores (2025).

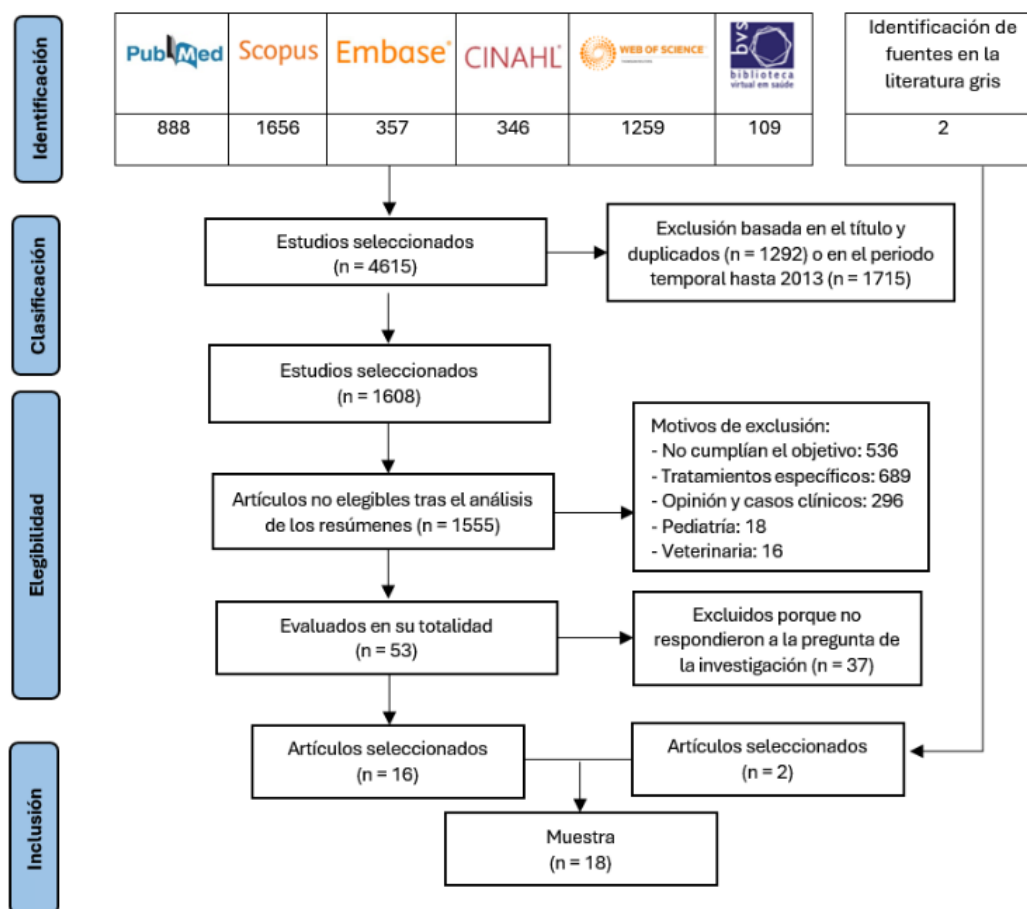
La segunda etapa, la búsqueda de estudios relevantes, se llevó a cabo en colaboración con un bibliotecario, entre mayo y octubre de 2024. La estrategia se ajustó a seis bases de datos (PubMed, EMBASE, CINAHL, Scopus, *Web of Science*

y BVS), combinadas con operadores booleanos y descriptores en todos los campos del fenómeno de interés en el título (Cuadro 1). La bibliografía disponible se limita a una búsqueda en Google®, vinculada a sitios web de organizaciones que difunden información validada.

Los criterios de inclusión fueron: estudio original, publicado entre 2014 y abril de 2024, tras revisión por pares, en inglés y portugués. Las exclusiones y justificaciones fueron: ensayos de tratamientos, procedimientos limitados a un solo tipo de cáncer (con el fin de reducir la generalización de los resultados o delimitar las especificidades de una enfermedad o tratamiento); estudios de superioridad, equivalencia y no inferioridad (ya que no es objetivo evaluar la eficacia); temática exclusiva de CPA y que no aclara el uso de algún TP (donde no cumplirían el objeto del estudio); casos clínicos y publicaciones opinativas (por la alta probabilidad de sesgos).

La tercera etapa, selección de estudios, destaca aquellos que cumplieron con los criterios de elegibilidad siguiendo las directrices PRISMA-ScR<sup>17</sup> presentadas en la Figura 1. Los artículos recuperados se exportaron a Rayyan®, dos revisores los evaluaron de forma independiente y anónima, y las discrepancias se resolvieron mediante un tercer revisor. Tras la lectura, se seleccionaron los artículos para identificar los elementos del concepto.

En la cuarta etapa, análisis de datos, se extrajo, basándose en un instrumento adaptado de la recomendación JBI, la información para la quinta y última etapa, síntesis y presentación de los datos, en consonancia con el análisis conceptual. A continuación, se presenta un resumen de los estudios incluidos en la revisión del alcance en el material complementario (<https://osf.io/cqfbj>), ya que este método sirvió de base para el desarrollo del análisis conceptual, que es el objeto de este estudio.



**Figura 1.** Diagrama de flujo según criterios adaptados de PRISMA- ScR. Curitiba, PR, Brasil, 2025

Fuente: Los autores (2025).

## Análisis de concepto

Se trata de un análisis del concepto propuesto por Walker y Avant<sup>15</sup>, uno de los métodos más utilizados<sup>14</sup>, compuesto por ocho etapas con un enfoque sistemático que permite comprender, desarrollar una definición y medir el fenómeno<sup>15</sup>.

Tras la selección del concepto (1.<sup>a</sup> etapa), se determinaron los objetivos del análisis (2.<sup>a</sup>). Para identificar los diferentes usos del concepto (3.<sup>a</sup>) en las publicaciones identificadas en la etapa de revisión del alcance, que sirvió de base para la identificación de los elementos centrales, como los atributos (4.<sup>a</sup>), la construcción de un caso modelo (5.<sup>a</sup>) y los divergentes (6.<sup>a</sup>), la identificación de los antecedentes, las consecuencias (7.<sup>a</sup>) y los referentes empíricos (8.<sup>a</sup>) se localizaron en los estudios que componían el *corpus* de análisis<sup>15</sup>.

Según lo propuesto en el método<sup>15</sup>, es necesario identificar en los diccionarios las definiciones del concepto. Solo en esta fase contamos con el apoyo del modelo de lenguaje ChatGPT (OpenAI, versión GPT-4)<sup>18</sup>, se preguntó cuál era la definición de tratamiento, terapia, terapéutico y paliativo. Tras las respuestas generadas por la inteligencia artificial<sup>18</sup>, el contenido fue rigurosamente revisado, sintetizado, parafraseado y validado por los autores, con el fin de garantizar los principios éticos en la investigación, la precisión y la originalidad de esta publicación científica.

No se requiere la aprobación del Comité de Ética en Investigación, ya que se trata de un análisis de datos secundarios, sin implicación directa o indirecta con seres humanos.

## RESULTADOS

Para aclarar la definición de TP, los resultados se presentaron de acuerdo con las etapas de análisis conceptual de Walker y Avant<sup>15</sup>.

### Selección del concepto y determinación de los objetivos o fines del análisis

La elección del concepto se debió a su uso frecuente en el contexto clínico y los sistemas de salud, ampliamente debatido entre profesionales, pacientes, familiares e investigadores. Conviene reflexionar sobre el uso adecuado del concepto y la disponibilidad real de TP o su uso de forma intercambiable, como sinónimo de CPA.

La recomendación del método es que las definiciones de cada palabra se examinen en diccionarios para comprender su verdadera naturaleza<sup>15</sup>. Dada la relevancia actual de la inteligencia artificial, al preguntar a OpenAI (ChatGPT) sobre las diferencias entre los términos, explica: **"tratamiento"** (son acciones e intervenciones para curar o aliviar una enfermedad, pueden incluir medicamentos, cirugías, terapias, hábitos, entre otros); **"terapia"** (intervención específica para tratar afecciones físicas, emocionales, mentales o conductuales); y **"terapéutica"** (campo de estudio que investiga tratamientos eficaces). **"Paliativo"** se refiere a medidas, intervenciones y terapias que no modifican la enfermedad, sino que tienen como objetivo el bienestar biopsicosocial y espiritual, la CVRS y la supervivencia<sup>18</sup>.

Identificación de los posibles usos del concepto

En las primeras publicaciones (1948), el TP se definió como diferentes modalidades sistémicas, dirigidas e invasivas para el cáncer avanzado e “incurable”, sin mencionar los conceptos de CP (1960) o CPA (1980) que surgieron posteriormente<sup>10,19-20</sup>. Se empezaron a publicar diferentes interpretaciones con el objetivo de dialogar con proveedores, profesionales, pacientes y familiares (Cuadro 2).

Cuadro 2. Ejemplos de definiciones y usos del concepto. Curitiba, PR, Brasil, 2025

| Fuentes/Autor (año) |                       | Concepto                          | Definición  |
|---------------------|-----------------------|-----------------------------------|---|
| Sitio web           | NIH/NCI21             | Terapia paliativa                 | Tratamiento administrado para ayudar a aliviar los síntomas y reducir el sufrimiento causado por el cáncer..., pero no lo trata ni cura. Por ejemplo, la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia pueden administrarse para extirpar, reducir o retrasar el crecimiento de un tumor... pueden administrarse junto con otros tratamientos desde el diagnóstico hasta el final de la vida. |
| Artículos           | MacManus, 201522      | Tratamiento y terapias paliativas | El tratamiento paliativo se administra sin la intención de curar. Las terapias paliativas para el cáncer se administran, por lo tanto, sin ninguna expectativa real de erradicar permanentemente el proceso de la enfermedad que causa los síntomas, aunque muy raramente se produce la supervivencia a largo plazo e incluso la curación...  |
|                     | Maduka et. al, 202423 | Tratamiento paliativo             | Subconjunto de los CP generales, puede centrarse específicamente en la terapia... que reduce la carga tumoral (cirugía, radiación y terapia sistémica)... asociada a la mejora de la CVRS y la supervivencia para una amplia variedad de cánceres metastásicos.   |

Fuente: Los autores (2024).

Determinación de los atributos definitorios

La definición de los atributos es una etapa fundamental, ya que son las características esenciales para reconocer, diferenciar y validar su aplicabilidad<sup>15</sup>. Se identificaron las que respondieron a la pregunta: ¿Qué terapias se utilizan con frecuencia en el TP de personas con cáncer avanzado? Los atributos que surgieron de la lectura de los estudios que componían el corpus de análisis fueron: las terapias sistémicas, como la quimioterapia, la hormonoterapia, la inmunoterapia y la terapia dirigida; las localizadas, como la radioterapia y la cirugía; todas ellas precedidas o no del adjetivo paliativo, indicadas individualmente o combinadas (Cuadro 3).

Escenario de casos

La presentación de casos es esencial para aclarar el concepto<sup>15</sup>. Se seleccionó un caso<sup>24</sup>, adaptado a diferentes fases, basado en la experiencia de los investigadores, en



los resultados de este análisis conceptual y en las recomendaciones para el tratamiento de cánceres incurables<sup>7</sup>.

En el **caso modelo**, una mujer de 53 años, fumadora, infectada por el VIH 1, en tratamiento antirretroviral y con enfisema pulmonar. Diagnóstico (abril/2023) de cáncer de mama HER-2 +, receptores de estrógeno y progesterona positivos, estadio IV (**metástasis**: ganglios linfáticos, piel y huesos), ECOG 0, inicio de primera línea de TP (**hormonoterapia y quimioterapia paliativa**), manejado por oncología clínica y enfermería. A continuación, presentó descontrol de **dolor, fatiga y miedo**. Se trata de una situación típica del mundo real y alejada de lo ideal.

En el **borderline**, debido a la **progresión de la enfermedad** y a la ausencia de respuesta a diferentes líneas de TP, presentó un empeoramiento clínico (diciembre de 2024), con linfedema doloroso, lesiones cutáneas y una herida oncológica asociada a **dolor intenso** (10/10) y **sangrado**. La paciente cuestiona la suspensión de la quimioterapia y **rechaza los CPA**. Aunque el concepto de TP parece estar implícito, la comunicación sobre la intención del tratamiento no fue clara, con falta de control de los síntomas, empeoramiento de la CVRS, reticencia o inicio tardío del CPA.

En el **caso relacionado**, se configura la **inserción de los CPA** desde el diagnóstico (caso modelo) hasta la progresión (**borderline**), asistidos por equipos transdisciplinarios: **CPA**, actúa en el **control sintomático** y las directrices anticipadas; **Oncología**, indicó **radioterapia paliativa** para **controlar el dolor y el sangrado**; Psicología, enfoque existencial; Enfermería, gestión de cuidados, **CVRS** y terapia de la esperanza; Asistencia Social, **apoyo familiar**; Capellanía, **apoyo espiritual**. Tras un empeoramiento clínico y sufrimiento, se realiza la transición de la atención ambulatoria a la enfermería, evoluciona hasta el fallecimiento, con acompañamiento durante y después del duelo.

Por el contrario, el **caso contrario** representa lo opuesto al concepto<sup>13</sup>. En el escenario ideal, la condición clínica se modificaría con estrategias de prevención, reducción de riesgos, detección y **diagnóstico inicial**; una vez iniciado **el tratamiento local o sistémico** con **intención curativa** y el **manejo de los síntomas**, la sobreviviente pasaría a recibir cuidados y vigilancia para detectar la recurrencia de la enfermedad.

## Identificación de antecedentes y consecuencias

Los antecedentes son las causas, circunstancias, acontecimientos o incidentes anteriores a la existencia del concepto<sup>15</sup>. Los cuales respondieron a la pregunta: ¿Qué antecedentes tiene el TP en el cáncer? Se identificaron términos utilizados para comunicar la progresión de la enfermedad, cáncer avanzado, incurable, metastásico, paliativo y diseminado. Los consecuentes son eventos, incidentes que resultan de la existencia del concepto<sup>15</sup>. Respondidos por la pregunta: ¿Cuáles son los objetivos del TP en pacientes con cáncer avanzado? Se relacionaron con la CVRS, la supervivencia, el control de los síntomas físicos y el sufrimiento psicoemocional, entre otros factores interdependientes con las intervenciones de CPA (Cuadro 3).

El análisis conceptual se representa en el diagrama (Figura 2), con el fin de abstraer los elementos centrales que lo integran, basándose en el *continuum* de cuidados agudos y crónicos a las personas con cáncer, compuesto por diferentes fases, recursos y acciones<sup>20,40</sup>. El cáncer avanzado (diagnosticado en fase metastásica o progresión de estadios iniciales) es el antecedente<sup>1</sup> del TP; con atributos<sup>2</sup> definidos por terapias sistémicas y locales; como consecuencias<sup>3</sup>, mantener la CVRS y prolongar la supervivencia. La flecha azul representa los CPA que, para obtener mejores resultados, deben atravesar

diferentes fases (desde el diagnóstico hasta después de la muerte), dependiendo de la integración (cono) de diferentes equipos y servicios transdisciplinarios.

**Cuadro 3.** Antecedentes, atributos y consecuencias del concepto de CP. Curitiba, PR, Brasil, 2025

| Variables e identificación en los estudios   | n (%)  |
|--|--------|
| Concepto   |        |
| Tratamiento paliativo* <sup>6,22-34</sup>  | 13(65) |
| Terapia paliativa* <sup>21-22,35-36</sup>  | 4(20)  |
| Terapia paliativa* <sup>37-38</sup>  | 2(10)  |
| Tratamiento sistémico paliativo <sup>34</sup>  | 1(5)   |
| <b>1 Antecedentes</b>  |        |
| Cáncer avanzado <sup>6,25-38</sup>   | 15(54) |
| Cáncer incurable <sup>6,27,29,31,34,36</sup>   | 6(21)  |
| Cáncer metastásico <sup>6,23,27</sup>  | 3(11)  |
| Cáncer paliativo <sup>23,28</sup>  | 2(7)   |
| Cáncer diseminado <sup>23,36</sup>   | 2(7)   |
| <b>2 Atributos</b>   |        |
| Quimioterapia <sup>6,21,23,25-27,29,31-34,36-38</sup>  | 14(21) |
| Quimioterapia paliativa <sup>22,28,30,32,34,37-38</sup>  | 7(10)  |
| Radioterapia <sup>6,21,23, 25-27, 29,31,33-34,38</sup>   | 11(16) |
| Radioterapia paliativa <sup>22,31,37</sup>   | 3(4)   |
| Cirugía <sup>6,21,23,25-26,29,31,33,38</sup>   | 9(13)  |
| Cirugía paliativa <sup>31</sup>  | 1(1)   |
| Hormonioterapia <sup>22-23,25,27,29,38</sup>   | 6(9)   |
| Imunoterapia <sup>6,23,27,33,34,38</sup>   | 6(9)   |
| Terapia dirigida <sup>6,25,27,29</sup>   | 4(6)   |
| Sin tratamiento <sup>27,29,31,33</sup>   | 4(6)   |
| Ablación y crioterapia <sup>25</sup>   | 2(3)   |
| <b>3 Consecuencias</b>   |        |
| Calidad de vida <sup>6,21-36,38</sup>  | 18(32) |
| Control de los síntomas físicos <sup>6,21-23, 25-31,34-35,38</sup>   | 14(25) |
| Supervivencia <sup>22-23, 26-31, 33-38</sup>   | 14(25) |
| Sufrimiento psicoemocional <sup>6,27,29-30,34-35</sup> ; (des)esperanza <sup>26,30</sup> ; incertidumbre existencial <sup>26</sup> e imagen corporal distorsionada <sup>30</sup> . | 10(18) |
| Planificación anticipada de la atención/Directivas anticipadas <sup>35-36</sup>  | 2(4)   |
| Comunicación centrada en la persona <sup>28</sup>  | 1(2)   |
| Fin de la vida <sup>33,36</sup> y calidad de la muerte <sup>34</sup>   | 3(5)   |

Leyenda: \*Publicaciones en las que CP se basa en los conceptos de CPA.

Fuente: Los autores (2024).

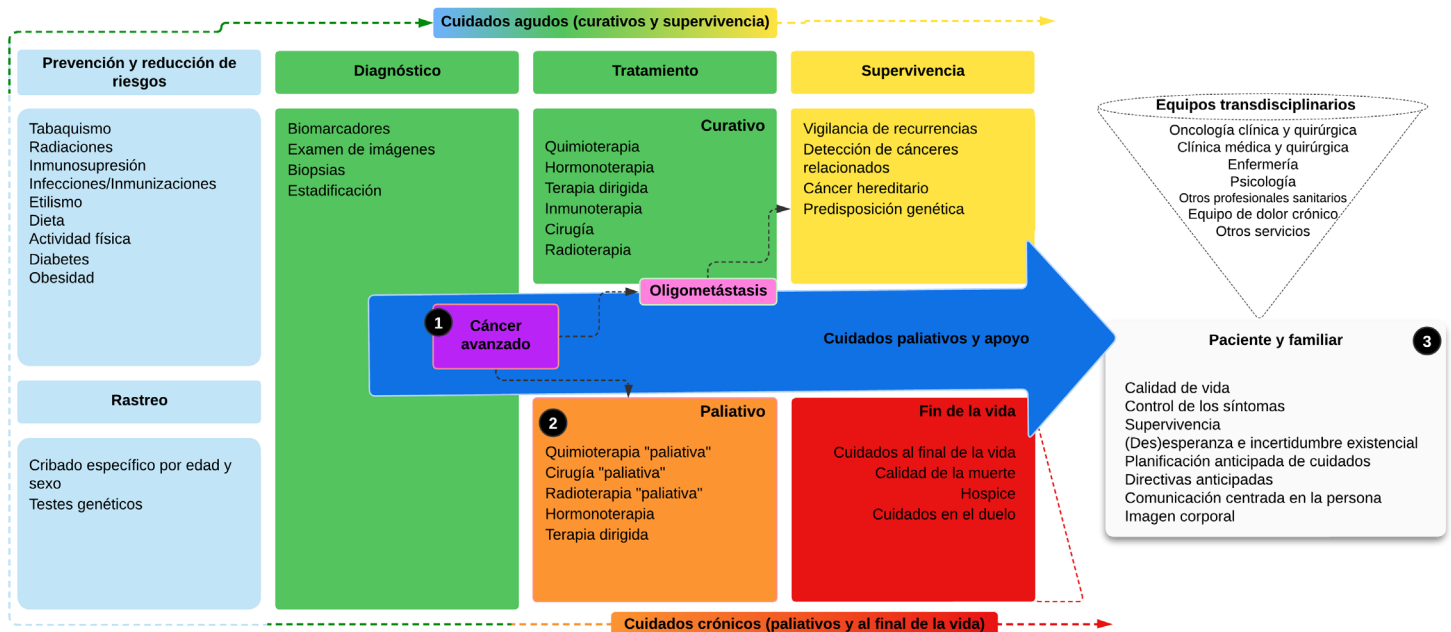
En resumen, una posible definición operativa del concepto de TP se refiere a "tratamientos sistémicos y/o locales sin intención curativa, dirigidos al control de la progresión de la enfermedad avanzada/metastásica, con el objetivo de mejorar la CVRS, mitigar una miríada de síntomas y prolongar la supervivencia. Son tratamientos complejos, gestionados por un equipo multidisciplinar, que se implementan de forma precoz y concomitante con el CPA".



## Definición de referencias empíricas

Son las herramientas de medición las que demuestran la existencia del concepto<sup>15</sup>. Basado en el modelo conceptual de CVRS, es posible medir su constructo en la investigación y en la práctica clínica, ya que involucra múltiples dimensiones, las cuales pueden dirigirse a personas con cáncer avanzado y afectadas por el TP.

Se utilizan diferentes herramientas para el seguimiento sistemático<sup>39</sup>, la evaluación de los síntomas físicos<sup>6,27,29</sup>, psicoemocionales y cognitivos<sup>29-30</sup>, la adherencia al tratamiento, la satisfacción y la autoeficacia, la CVRS<sup>6,27,30-31</sup>, la rentabilidad, la supervivencia global<sup>36</sup>, la atención en los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios.



**Figura 2.** Antecedentes<sup>1</sup>, atributos<sup>2</sup> y consecuencias<sup>3</sup> del concepto de tratamiento paliativo. Curitiba, PR, Brasil, 2025

Fuente: Adaptado de Scotté, Taylor, Davies (2023)<sup>20</sup>; Levit et al. (2013)<sup>39</sup>.

## DISCUSIÓN

En oncología, las modalidades de TP y CPA son relacionales, sin una línea rígida entre ellas. Es fundamental integrar estos conceptos de manera coherente, ya que los nuevos tratamientos tienen el potencial de beneficiar a pacientes elegibles en condiciones clínicas limítrofes<sup>6</sup>. Incluso en personas con cáncer avanzado, revisiones sistemáticas<sup>12-13</sup> destacan la existencia de múltiples barreras en el acceso al CPA, que incluyen desde limitaciones en la oferta hasta incomprensiones conceptuales sobre la enfermedad y los tratamientos, principalmente en países de ingresos bajos y medios.

Se recomienda ampliamente la integración temprana de los CPA en el TP, ya que ambos comparten el objetivo de mejorar la CVRS, lo que no siempre se implementa en la práctica clínica. Este problema se ve agravado por las percepciones divergentes de los pacientes y sus oncólogos en cuanto a los objetivos del tratamiento y la comunicación del pronóstico<sup>40-41</sup>. La incomprensión del concepto de TP va más allá de la ausencia de una definición clara de sus límites, al igual que ocurre con el CPA, el concepto de TP no siempre es plenamente comprendido por los equipos de salud<sup>12-13</sup>.

Los conceptos de intención curativa y paliativa no son antitéticos, es imprescindible centrarse en la multidimensionalidad de la persona con cáncer. A pesar de su uso intercambiable, una revisión de los análisis del concepto de CPA lo define como «un enfoque para aliviar el sufrimiento de enfermedades incurables o síntomas», con el fin de mejorar la CVRS del paciente y su familia<sup>42</sup>, prolongar la supervivencia y ofrecer apoyo psicosocial y existencial<sup>6</sup>.

En este análisis, el TP se basa a menudo en el concepto de CPA, ya que la mayoría de las publicaciones proceden de países europeos y norteamericanos, con una clarificación en la integración de diferentes enfoques y servicios. Es erróneo afirmar que, en el resto de los casos, la integración es heterogénea y altamente contextual, con la posibilidad de utilizar el concepto de CPA para informar sobre pacientes en TP, lo que da lugar a interpretaciones erróneas<sup>43</sup>.

Aunque se recomienda el uso de terminología estandarizada, persisten divergencias entre los profesionales sobre la interpretación de las líneas y la intención del tratamiento<sup>44</sup>. Es necesario abordar el TP con una definición clara, ya sea para comunicarse con los pacientes o informar sobre investigaciones, aclarar si se trata de un enfoque de TP o CPA, aunque pueden ser concomitantes<sup>45</sup>.

En cuanto a los atributos, se pueden combinar o no diferentes modalidades de TP con los CPA. La quimioterapia paliativa es la modalidad sistémica más utilizada para controlar los síntomas, mejorar la CVRS y la supervivencia<sup>7</sup>. La radioterapia paliativa ayuda a la supervivencia global, al control del dolor, el sangrado, los síntomas y las complicaciones metastásicas<sup>46</sup>. Por su parte, la cirugía paliativa, en la resección del tumor residual *in situ*, produce un alivio sintomático con un objetivo terapéutico definido<sup>45</sup>. Los tratamientos con y sin el adjetivo paliativo pueden dar lugar a terminologías ambiguas<sup>45</sup>. Por su parte, los consecuentes evidencian los resultados del TP, que se aproxima al CPA dadas las similitudes, el descontrol sintomático y el empeoramiento en la CVRS son indicativos y/o concomitantes de CPA<sup>47</sup>.

A menudo, tres meses después del TP, se observan toxicidades (19 %), suspensiones (59 %), ajustes de dosis y/o retrasos en el ciclo (87 %) debido al riesgo de muerte<sup>48</sup>, además de un deterioro de la CVRS en los ámbitos físico, emocional, cognitivo y social, así como en el sufrimiento psicológico y la satisfacción con la vida<sup>49</sup>. Estas medidas deben evaluarse en el *continuum* del tratamiento, para que el equipo desarrolle un plan de cuidados centrado en la persona, adaptado a las necesidades individuales y basado en relaciones de calidad, junto con los CPA<sup>50</sup>.

En la India, las personas con cáncer avanzado presentaron una puntuación más alta en la CVRS durante el seguimiento ambulatorio, empeoramiento con la progresión de la enfermedad y uso de quimioterapia<sup>51</sup>. En Europa, un estudio multicéntrico señala que la CVRS se asoció significativamente con el rendimiento clínico, la fatiga, el dolor, la caquexia, la anorexia, la disnea y la función física<sup>47</sup>.

Evaluar la CVRS en el TP es esencial para la toma de decisiones y para proporcionar información sobre las necesidades de atención (atendidas o no), siempre que se comuniquen claramente con terminología precisa e instrumentos validados<sup>4</sup>. Las personas con menor CVRS, percepciones pronósticas erróneas o tardías, pueden no recibir CPA<sup>52</sup>.

Entre las limitaciones, cabe destacar el desarrollo de un análisis teórico sin constatación empírica; las limitaciones de las bases de datos, de los estudios disponibles y del periodo de tiempo, lo que puede haber excluido investigaciones relevantes; la no inclusión de diferentes bases de literatura gris; el análisis de conceptos, que se basó

en estudios secundarios de múltiples diseños y tipos de cáncer, sin limitarse a un tipo específico de cáncer o tratamiento.

## CONSIDERACIONES FINALES

A través de este análisis conceptual, es posible identificar que el TP se basa en el concepto de CPA, pero se limita a tratamientos sin intención curativa, más centrados en la enfermedad que en la persona. Los antecedentes identificados son el cáncer avanzado o incurable; los atributos consisten en diferentes tratamientos sistémicos (quimioterapia) o locales (radioterapia y cirugía), preferiblemente seguidos del adjetivo paliativo; y los consecuentes tienen como objetivo la CVRS y prolongar la supervivencia.

Las contribuciones a la práctica clínica, la investigación o la educación en oncología derivadas de este análisis conceptual aclaran las interrelaciones y superposiciones entre los conceptos de TP y CPA. Esta investigación facilita una comprensión más clara del uso del concepto en la compleja dinámica del contexto clínico, para ayudar a la comunicación comprensiva con pacientes y familiares, informar sobre investigaciones con enfoques de tratamientos y cuidados precisos o enseñar a nuevos profesionales a comprender estos temas.

## AGRADECIMIENTOS

Investigación financiada por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), organismo vinculado al Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovaciones (MCTI), mediante una beca de productividad en investigación Convocatoria CNPq n.º 09/2022.

## REFERENCIAS

1. Deo SVS, Sharma J, & Kumar S. GLOBOCAN 2020 report on global cancer burden: challenges and opportunities for surgical oncologists. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];29(11):6497-500. Available from: <https://doi.org/10.1245/s10434-022-12151-6>
2. Chen S, Cao Z, Prettnner K, Kuhn M, Yang J, Jiao L, et al. estimates and projections of the global economic cost of 29 cancers in 204 countries and territories from 2020 to 2050. *JAMA Oncol* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];9(4):465-72. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.7826>
3. Crosby D, Bhatia S, Brindle KM, Coussens LM, Dive C, Emberton M, et al. Early detection of cancer. *Science* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];375:eaay9040. Available from: <https://doi.org/10.1126/science.aay9040>
4. Hart NH, Nekhlyudov L, Smith TJ, Yee J, Fitch MI, Crawford GB, et al. Survivorship care for people affected by advanced or metastatic cancer: MASCC-ASCO standards and practice recommendations. *Support Care Cancer* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];32:313. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08465-8>

5. Lim AR, Rim CH. Oligometastasis: expansion of curative treatments in the field of oncology. *Medicina* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];59(11):1934. Available from: <https://doi.org/10.3390/medicina59111934>
6. Strang P. Palliative oncology and palliative care. *Mol Oncol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];16(19):3399-409. Available from: <https://doi.org/10.1002/1878-0261.13278>
7. Geijteman ECT, Kuip EJM, Oskam J, Lees D, Bruera E. Illness trajectories of incurable solid cancers. *BMJ* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];384:e076625. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076625>
8. Akoo C, McMillan K. An evolutionary concept analysis of palliative care in oncology care. *Adv Nurs Sci* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];46(2):199-209. Available from: <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000444>
9. Huo B, Song Y, Chang L, Tan B. Effects of early palliative care on patients with incurable cancer: a meta-analysis and systematic review. *Eur J Cancer Care* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];31(6):e13620. Available from: <https://doi.org/10.1111/ecc.13620>
10. Miniotti M, Botto R, Soro G, Olivero A, Leombruni P. A critical overview of the construct of supportive care need in the cancer literature: definitions, measures, interventions and future directions for research. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];21(2):215. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph21020215>
11. Kolsteren EEM, Deuning-Smit E, Chu AK, van der Hoeven YCW, Prins JB, van der Graaf WTA, et al. Psychosocial aspects of living long term with advanced cancer and ongoing systemic treatment: a scoping review. *Cancers* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];14(16):3889. Available from: <https://doi.org/10.3390/cancers14163889>
12. Pitzer S, Kutschar P, Paal P, Mülleder P, Lorenzl S, Wosko P, et al. Barriers for adult patients to access palliative care in hospitals: a mixed methods systematic review. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];67(1):e16-33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.09.012>
13. Ooko F, Mothiba T, Van Bogaert P, Wens J. Access to palliative care in patients with advanced cancer of the uterine cervix in the low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];22:140 Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01263-9>
14. Hellman AN. the concept analysis: an effective and important starting point in nursing research. *J Radiol Nurs* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];43(1):11–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2023.12.001>
15. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 6th ed. New York: Pearson; 2019. 274 p.
16. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];18(10):2119-26. Available from: <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00167>
17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 4];169(7):467-73. Available from: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
18. OpenAI. ChatGPT conversation with user [Internet]. San Francisco (CA): OpenAI; 2024 [cited 2024 Aug 4]. Available from: <https://chatgpt.com/share/481aee95-ba1b-45d4-8827-abe361616686>
19. Daland EM. Palliative treatment of the patient with advanced cancer. *JAMA* [Internet]. 1948 [cited 2025 Jan 4];136(6):391-6. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.1948.72890230001007>
20. Scotté F, Taylor A, Davies A. Supportive care: the “keystone” of modern oncology practice. *Cancers* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];15(15):3860. Available from: <https://doi.org/10.3390/cancers15153860>

21. National Cancer Institute (US). NCI dictionary of cancer terms [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2024 [cited 2024 Aug 4]. Palliative therapy;[about 1 screen]. Available from: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/palliative-therapy>
22. MacManus M. Palliative Therapy. In: Schwab M, editor. Encyclopedia of Cancer [Internet]. Belim: Springer Verlag; 2016 [cited 2025 Jan 4]. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-3-642-27841-9\\_4352-2](https://doi.org/10.1007/978-3-642-27841-9_4352-2)
23. Maduka RC, Canavan ME, Walters SL, Ermer T, Zhan PL, Kaminski MF, et al. Association of patient socioeconomic status with outcomes after palliative treatment for disseminated cancer. Cancer Med [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];13(9):e7028. Available from: <https://doi.org/10.1002/cam4.7028>
24. Faria C, Branco V, Ferreira P, Gouveia C, Trevas S. Total pain management and a malignant wound: the importance of early palliative care referral. Cureus [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];13(12):e20678. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.20678>
25. Cancer Research UK [Internet]. London: Cancer Research UK; [2024] Palliative therapy; [cited 2025 Jan 4];[about 3 screens]. Available from: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/treatment/palliative>
26. Karlsson M, Friberg F, Wallengren C, Öhlén J. Meanings of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment: a life-world phenomenological study. BMC Palliat Care [Internet]. 2014 [cited 2025 Jan 4];13:28. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-28>
27. Peters MEWJ, Goedendorp MM, Verhagen CAHHVM, van der Graaf WTA, Bleijenbergh G. Severe fatigue during the palliative treatment phase of cancer an exploratory study. Cancer Nurs [Internet]. 2014 [cited 2025 Jan 4];37(2):139-45. Available from: <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e318291bd2d>
28. Öhlén J, Carlsson G, Jepsen A, Lindberg I, Friberg F. Enabling sense-making for patients receiving outpatient palliative treatment: a participatory action research driven model for person-centered communication. Palliat Support Care [Internet]. 2016 [cited 2025 Jan 04];14(3):212-24. Available from: <https://doi.org/10.1017/s1478951515000814>
29. Peters MEWJ, Goedendorp MM, Verhagen CAHHVM, Bleijenbergh G, van der Graaf WTA. Fatigue and its associated psychosocial factors in cancer patients on active palliative treatment measured over time. Support Care Cancer [Internet]. 2016 [cited 2025 Jan 4];24(3):1349-55. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2909-0>
30. Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, García-Foncillas J, López-Castroman J. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. Eur J Cancer Care (Engl) [Internet]. 2016 [cited 2025 Jan 4];25(4):608-15. Available from: <https://doi.org/10.1111/ecc.12521>
31. Pilz MJ, Aaronson NK, Arraras JI, Caocci G, Efficace F, Groenvold M, et al. evaluating the thresholds for clinical importance of the EORTC QLQ-C15-PAL in patients receiving palliative treatment. J Palliat Med [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];24(3):397-404. Available from: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0159>
32. Mohamed MR, Kyi K, Mohile SG, Xu H, Culakova E, Loh KP, et al. Prevalence of and factors associated with treatment modification at first cycle in older adults with advanced cancer receiving palliative treatment. J Geriatr Oncol [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];12(8):1208-13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.06.007>
33. Kitta A, Hagin A, Unseld M, Adamidis F, Diendorfer T, Masel E, et al. The silent transition from curative to palliative treatment: a qualitative study about cancer patients' perceptions of end-of-life discussions with oncologists. Support Care Cancer [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];29:2405-13. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05750-0>
34. Edwards M, Holland-Hart D, Mann M, Seddon K, Buckle P, Longo M, et al. Understanding how shared decision-making approaches and patient aids influence patients with advanced cancer when deciding on palliative treatments and care: a realist review. Health Expect [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];26(6):2109-26. Available from: <https://doi.org/10.1111/hex.13822>



35. Gopichandran L, Garg R, Chalga MS, Joshi P, Dhandapani M, Bhatnagar S. Development of mobile application-based system for improving medication adherence among cancer patients receiving palliative therapy. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];29(1):51-6. Available from: [https://doi.org/10.25259/IJPC\\_12\\_2021](https://doi.org/10.25259/IJPC_12_2021)
36. Golombek T, Hegewald N, Schnabel A, Fries H, Lordick F. Stability of end-of-life care wishes and gender-specific characteristics of outpatients with advanced cancer under palliative therapy: a prospective observational study. *Oncol Res Treat* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];47(5):189-97. Available from: <https://doi.org/10.1159/000538112>
37. Visentin A, Mantovani MF, Kalinke LP, Boller S, Sarquis LMM. Palliative therapy in adults with cancer: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 4];71(2):252-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0563>
38. Silva LS, Lenhani BE, Tomim DH, Guimarães PRB, Puchalski L. Quality of life of patients with advanced cancer in palliative therapy and in palliative care. *Aquichan* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 4];19(3):e1937. Available from: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.3.7>
39. Institute of Medicine. Levit LA, Balogh EP, Nass SJ, Ganz PA, editors. Delivering high-quality cancer care: charting a new course for a system in crisis [Internet]. Washington (DC): The National Academies Press.; 2013[cited 2025 Jan 4]. Available from: <https://doi.org/10.17226/18359>
40. Lai-kwon J, Thorner E, Rutherford C, Crossnohere N, Brundage M. Integrating patient-reported outcomes into the care of people with advanced cancer - a practical guide. 2024 [cited 2025 Jan 4];44(3):e438512. Available from: [https://doi.org/10.1200/edbk\\_438512](https://doi.org/10.1200/edbk_438512)
41. Paiva CE, Teixeira AC, Lourenço BM, Preto DD'A, Valentino TCO, Mingardi M, et al. Anticancer treatment goals and prognostic misperceptions among advanced cancer outpatients. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];19(10):6972. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19106272>
42. Wantonoro W, Suryaningsih EK, Anita DC, Nguyen T Van. Palliative care: a concept analysis review. *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2022 Aug 8 [cited 2025 Jan 4];8(63). Available from: <https://doi.org/10.1177/23779608221117379>
43. Castro JA, Hannon B, Zimmermann C. Integrating palliative care into oncology care worldwide: the right care in the right place at the right time. *Curr Treat Options Oncol* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];24:353–72. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11864-023-01060-9>
44. Falchetto L, Bender B, Erhard I, Zeiner KN, Stratmann JA, Koll FJ, et al. Concepts of lines of therapy in cancer treatment: findings from an expert interview-based study. *BMC Res Notes* [Internet]. 2024 May 15 [cited 2025 Jan 4];17:137. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-024-06789-6>
45. Kopecky KE, Monton O, Arbaugh C, Purchla J, Rosman L, Seal S, et al. The language of palliative surgery: a scoping review. *Surg Oncol Insight* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 4];192:100053. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.soi.2024.100053>
46. Williams GR, Manjunath SH, Butala AA, Jones JA. Palliative radiotherapy for advanced cancers: indications and outcomes. *Surg Oncol Clin N Am* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 4];30(3):563-80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.soc.2021.02.007>
47. Daly LE, Dolan RD, Power DG, Ní Bhuachalla É, Sim W, Cushen SJ, et al. Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. *Cancer* [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 4];126(12):2872-82. Available from: <https://doi.org/10.1002/cncr.32824>
48. Rodríguez-Gonzalez A, Carmona-Bayonas A, Hernandez San Gil R, Cruz-Castellanos P, Antoñanzas-Basa M, Lorente-Estelles D, et al. Impact of systemic cancer treatment on quality of life and mental well-being: a comparative analysis of patients with localized and advanced cancer. *Clin Transl Oncol* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];25:3492-500. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12094-023-03214-5>



49. Lee EM, Jiménez-Fonseca P, Galán-Moral R, Coca-Membrives S, Fernández-Montes A, Sorribes E, et al. Toxicities and quality of life during cancer treatment in advanced solid tumors. *Curr Oncol* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];30(10):9205-16. Available from: <https://doi.org/10.3390/curroncol30100665>
50. Nolzco JI, Chang SL. The role of health-related quality of life in improving cancer outcomes. *J Clin Transl Res* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];9(2):110-4. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10171319/>
51. Dixit J, Gupta N, Katak A, Roy P, Mehra N, Kumar L, et al. Health-related quality of life and its determinants among cancer patients: evidence from 12,148 patients of Indian database. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2024 Mar 13 [cited 2025 Jan 4];22:26. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12955-024-02227-0>
52. Ng S, Ozdemir S. The associations between prognostic awareness and health-related quality of life among patients with advanced cancer: a systematic review. *Palliat Medicine* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 4];37(6):808-23. Available from: <https://doi.org/10.1177/02692163231165325>

### ***Palliative treatment in the clinical context of advanced cancer: concept analysis***

#### **ABSTRACT**

**Objective:** Analyze the concept of palliative treatment in the clinical context of advanced cancer. **Method:** Analysis of the concept proposed by Walker & Avant, organized in eight stages and operationalized by scope review. Search for articles conducted from May to October 2024 in seven data sources, with a ten-year limit. The borderline and opposite model cases were presented. **Results:** The main antecedent was advanced cancer. Attributes include interventions such as chemotherapy, radiotherapy, and surgery, used with or without the adjective "palliative". Consequences aim to improve the quality of life and prolong survival. **Conclusions:** Palliative Care is anchored in the concept of Palliative Care of Support, but is limited to treatments with non-curative intent, being more focused on the disease rather than the person. The correct use of the concept is indispensable for communication between patients, family members, and academic production, since palliative treatment presents particularities distinct from other approaches.

**KEYWORDS:** Palliative Treatment; Palliative Care; Concept Formation; Oncology Nursing; Neoplasias.

**Recibido en:** 04/02/2025

**Aprobado en:** 30/03/2025

**Editor asociado:** Dra. Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic

#### **Autor correspondiente:**

Leonel dos Santos Silva

Universidade Federal do Paraná

Av. Prefeito Lothário Meissner, nº632, Curitiba, Paraná

E-mail: [leoneldss@gmail.com](mailto:leoneldss@gmail.com)

#### **Contribución de los autores:**

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio -

**Silva LS, Nogueira LA, Coelho RCFP, de Oliveira JLH, Briedis NCA, Kalinke LP.** Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Silva LS, Nogueira LA, Coelho RCFP, da Rosa LM, Kalinke LP.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Silva LS, Kalinke LP.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

#### **Conflicto de intereses:**

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).