



FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili

Ivone Marcela Calderón Arroyave

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ADULTO CON DOLOR ONCOLÓGICO REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

“Los cuerpos duelen las personas sufren”
(Cassell, 2009)

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Sra. Elsa Gil Mateu

Facultad de Enfermería



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

Tortosa, 2019/2020



AGRADECIMIENTOS

Esta revisión bibliográfica fue llevada a cabo bajo la supervisión de la profesora Elsa Gil Mateu, a quien le quiero dar mi más profundo agradecimiento, gracias por su paciencia, por su entrega, por su comprensión, por su tiempo, y por esos buenos consejos y aportaciones que han contribuido al desarrollo exitoso de este trabajo.

Quiero agradecer a todos los profesores de la universidad Rovira i Virgili del campus de Terres del Ebre, por sus enseñanzas, por compartir sus experiencias y por su esfuerzo por formarme como una gran profesional y por contribuir en mi crecimiento como persona. Muchas gracias a todos ustedes por esa vocación, esa paciencia y entrega.

Gracias Universidad Rovira i Virgili por esta oportunidad, por el equipo de trabajo tan cualificado que forman parte de él.

También quiero agradecer a mi familia, a mi marido y a mis tíos, por su apoyo en esta etapa tan bonita de mi vida.

Gracias a este sueño de ser enfermera pude conocer personas maravillosas, unas ya enfermeras y otras que me han acompañado en este camino. Esta trayectoria al lado de ellas ha sido el sueño por el que siempre luche.

Por eso también quiero valorar mi esfuerzo para llevar a cabo este trabajo en medio de situaciones tan complicadas como las que estamos atravesando en este 2020.

GRACIAS a todas las personas que formaron parte de esta etapa que ha sido una de las mejores de mi vida.

Soy católica y por eso es importante para mí dar gracias a Dios y al universo por conspirar a mi favor para poder hacer realidad mi sueño de ser Enfermera.



CONTENIDO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN | 2 |
| 1.1. Pregunta..... | 3 |
| 2. MARCO CONCEPTUAL | 3 |
| 2.1. Definición del Cáncer | 3 |
| 2.2. Etiología | 3 |
| 2.3. Epidemiología..... | 4 |
| 2.4. Diagnóstico y prevención..... | 5 |
| 2.5. Prevención del cáncer | 7 |
| 2.6. Tratamiento..... | 7 |
| 2.7. Dolor..... | 9 |
| 2.8. Dolor moral y sufrimiento..... | 13 |
| 2.9. Cuidados de enfermería..... | 14 |
| 2.10. Escuela del pensamiento Humanbecoming. | 16 |
| 3. OBJETIVO GENERAL | 18 |
| 3.1. Objetivos específicos..... | 19 |
| 4. METODOLOGÍA..... | 19 |
| 5. RESULTADOS..... | 22 |
| 6. DISCUSIÓN..... | 36 |
| 6.1. Dolor moral y sufrimiento..... | 36 |
| 6.2. Dolor físico..... | 37 |
| 6.3. Terapias alternativas..... | 42 |
| 7. CONCLUSIÓN..... | 44 |
| 8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO | 46 |
| 9. LÍNEAS FUTURAS | 47 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA | 49 |



1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Desde la prehistoria se relacionan algunas lesiones con el cáncer, aunque era una enfermedad poco frecuente. Con los cambios medioambientales del siglo XVIII se genera un incremento. Aun así, existe controversia sobre si las lesiones óseas prehistóricas son realmente consecuencia del cáncer o corresponden a otras etiologías. (Salaverry, 2013)

El término del cáncer surgió en la Grecia clásica, este era conocido como una úlcera de difícil curación. En el siglo XVIII, con el renacimiento del movimiento naturalista y los progresivos avances experimentales en medicina se identifican las lesiones cancerosas y se inician tratamientos con plantas medicinales. Ya en las teorías modernas se encuentran investigaciones que muestran descubrimientos de cómo una célula cancerosa proviene de otra célula y se descubre la diseminación por los nódulos linfáticos y de allí a la circulación en general, entonces es cuando surge la teoría viral del origen del cáncer. Ya en el siglo XIX se empiezan a realizar experimentos e investigaciones para encontrar tratamiento para el cáncer. (Salaverry, 2013)

En la actualidad el cáncer puede ser prevenido, tratado y gran número de casos pueden ser curados, aunque las estadísticas proporcionadas por varios estudios realizados en los últimos años arrojan unas cifras de incremento en el número de nuevos casos diagnosticados las cuales resultan muy alarmantes a nivel mundial.

Por esta razón es indispensable que el personal de enfermería pueda garantizar unos cuidados holísticos e individualizados a los pacientes y familiares desde el momento en el que reciben el diagnóstico, el tratamiento, en la cura si es posible y en los cuidados paliativos para facilitar el afrontamiento del final de la vida.

El cáncer es una enfermedad que ha estado en contacto con la mayoría de las personas de una forma directa o indirecta, ya sea porque lo haya padecido algún familiar o amigo, por eso considero importante realizar mi trabajo sobre el dolor oncológico, ya que por medio de esta indagación bibliográfica puedo consolidar y adquirir nuevos conocimientos.



1.1. Pregunta

¿Cómo puede el cuidado de enfermería contribuir a atenuar el dolor en pacientes oncológicos?

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Definición del Cáncer

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2017) el cáncer agrupa un gran número de enfermedades en las cuales se produce un desarrollo anormal de células, que se dividen, crecen y se diseminan sin control por cualquier parte del cuerpo llegando a propagarse a otros órganos. (Punte & Velasco, 2017)

Esta proliferación incontrolada produce tal multiplicación de células que terminan por formar masas que son denominadas también como *tumores o neoplasias*, que pueden ser benignos (crecen a un ritmo más lento y no se diseminan ni infiltran otros tejidos) o malignos (cancerosos). Cuando ocurre este último proceso se denomina *metástasis* (invasión de otros órganos), siendo este la causa principal de mortalidad por cáncer (Punte & Velasco, 2017).

2.2. Etiología

Según el artículo de Puente y Velasco (2017), las principales causas que pueden llegar a producir cáncer son:

- **Factores Genéticos:** Causados por mutaciones genéticas hereditarias; en la actualidad se pueden realizar una serie de pruebas que muestran si los miembros de la familia han heredado la misma mutación del portador o del receptor de la familia con cáncer, también se pueden emplear las leyes de la genética de Mendel.
- **Factores Químicos:** La exposición prolongada a materiales como los asbestos (presentes típicamente en aislantes y materiales de construcción) causan



mesotelioma o cáncer de pulmón, los bencenos (en petróleos) generan leucemias, el gas radón (presente en los granitos, minas de carbón) produciendo cáncer de pulmón, el cloruro de vinilo que puede provocar el cáncer hepático, entre otros.

- **Factores Radioactivos:** Por exposición a las radiaciones ultravioletas, a los rayos solares, radiaciones de alta energía, radiaciones electromagnéticas de baja frecuencia como las que producen los teléfonos móviles o dispositivos inalámbricos a las que cada vez la población está más expuesta.
- **Factores Víricos:** Los virus viven dentro de las células, pueden llegar a insertarse en los cromosomas de las células afectadas, produciendo genes causantes del cáncer como, por ejemplo, las infecciones por el papilomavirus humano, transmitido a través de las relaciones sexuales, el cual se asocia típicamente a el cáncer de cérvix o de orofaringe. También están las infecciones causadas por el virus de la hepatitis, especialmente B y C, asociadas al desarrollo del cáncer de hígado.
- **Factores Externos:** Aquí se agrupan los hábitos y estilos de vida, como el consumo de alcohol y tabaco, el sedentarismo, una mala alimentación, factores ambientales como la contaminación del aire y del agua, entre otros.

2.3. Epidemiología

El cáncer es una de las enfermedades más frecuentes a nivel mundial que puede aparecer en cualquier edad, pero prevalece en adultos y ancianos.

Según la Organización mundial de la Salud (2018), el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo. (OMS, 2018)

El proyecto GLOBOCAN, (The Global Cancer Observatory (GCO) (Sociedad Española de Oncología Médica, 2019) muestra el aumento de número de tumores de 14 millones de casos en el mundo en 2012 a 18,1 millones en 2018. Las estimaciones poblacionales realizadas por este estudio revelan que para el 2040 se pueden llegar a alcanzar 29,5 millones de casos nuevos.



En España el número de tumores diagnosticados para finales del 2019 será de 277.234 según las estimaciones de la Red Española de Registros de Cáncer REDECAN (Sociedad Española de Oncología Médica, 2019) en comparación con los casos estimados en 2015 fueron de 247.771, siendo más prevalente en hombres con 148.827 casos diagnosticados y en mujeres 98.944.

Los cánceres más frecuentes diagnosticados en España en 2019 serán los de colon y recto (44.937 nuevos casos), próstata (34.394), mama (32.536), pulmón (29.503) y vejiga urinaria (23.819) (Sociedad Española de Oncología Médica, 2019).

En Cataluña, en 2018 se diagnosticaron 20.749 casos nuevos en hombres y 15.782 en mujeres, y murieron 17.525 personas a causa de esta enfermedad, 10.394 hombres y 6.762 mujeres (Instituto catalán de oncología(ICO), 2018). Los tres cánceres más frecuentes en hombres son los de próstata, colon y recto, y pulmón. En cuanto a las mujeres, los cánceres más comunes son el de mama, que representa un 28% de los nuevos diagnósticos, el de colon y recto, 16%, el de cuerpo uterino, 6%, y el de pulmón, un 4%.

Según el estudio publicado en la Clinical & Translational Oncology, en Cataluña, durante el periodo 2015-2025 el número de nuevos diagnósticos de cáncer se incrementará un 5.5% en hombres y un 11.9% en mujeres. Se estima que en el año 2025 habrá 21.743 nuevos casos de cáncer en hombres y 17.268 en mujeres (40% y 37% en mayores de 74 años, respectivamente. (Instituto catalán de oncología(ICO), 2018).

2.4. Diagnóstico y prevención.

En la actualidad se cuentan con grandes avances tecnológicos e investigaciones que permiten la detección precoz del cáncer y reducir el índice de mortalidad.

El primer paso que realiza el médico cuando el paciente acude a consulta es realizar una historia clínica en la que incluye sus antecedentes familiares, personales y sus hábitos y estilos de vida los cuales son primordiales a la hora de hacer un diagnóstico acertado. Después el médico procede a realizar la exploración física y el tipo de pruebas necesarias según el caso.



Las pruebas se pueden clasificar en:

Pruebas analíticas:

- Análisis de sangre: En el cual se pueden valorar los marcadores tumorales (sustancia encontradas en la sangre. ej. (AFP) alfafetoproteína es el marcador tumoral de cáncer de hígado y testículos), que pueden ser útiles para la detección de algunos tipos de cáncer en combinación con otras pruebas.
- Análisis de orina.
- Análisis de líquido cefalorraquídeo (líquido que rodea las células nerviosas).
- Análisis de líquido pleural (líquido entre las capas de la pleura, capa que cubre los pulmones).
- Análisis de heces.

Pruebas de imagen:

Este tipo de pruebas permiten obtener imágenes del interior del cuerpo. Importantes a la hora confirmar la localización, tamaño y extensión del tumor.

- Radiografías: Una de las más frecuente es la mamografía.
- Tomografía computarizada: Permite obtener diferentes planos del interior del paciente.
- Resonancia Magnética: Permite observar con más claridad órganos como tendones o músculos.
- Gammagrafía: Permite ver lesiones muy pequeñas.
- Tomografía por emisión de positrones (PET): Utiliza pequeñas cantidades de materiales radioactivos, una cámara especial y un ordenador que permite evaluar la función de tejidos y órganos



- Ecografía: En oncología se utiliza con frecuencia para ver lesiones en los órganos abdominales, principalmente hígado.
- Endoscopia: Permite acceder a zonas poco accesibles y a la vez tomar muestras (biopsias), también se pueden realizar algunas actuaciones terapéuticas como por Ej. Extirpar pólipos.

Análisis microscópico de los tejidos:

- Citología: Muestra de células.
- Biopsia: Muestra de tejidos.

(Aecc, 2018)

2.5. Prevención del cáncer

A nivel mundial se han desarrollado campañas para detección precoz del cáncer como las del cáncer de mama, de colon, de piel, de pulmón. Realizadas con la intención de generar conciencia en la población e intentar reducir los factores de riesgo que pueden producirlo como el consumo de tabaco, alcohol, exposiciones prolongadas al sol, el sedentarismo etc.

2.6. Tratamiento

El tratamiento para el cáncer varía dependiendo del tipo de tumor, de su localización y del estado de evolución en que se encuentre. En ocasiones se realizan combinaciones de tratamiento como cirugía y quimioterapia. (Asociación española contra el cáncer, 2018).

La cirugía: Es uno de los tratamientos más comunes en esta patología. Dependiendo de la necesidad la cirugía puede ser:

- Preventiva o profiláctica: Es empleada para extirpar lesiones que con el tiempo pueden llegar a ser malignas.
- Diagnóstica: Realizada para obtener tejido de muestra que pueda ser sospechoso.
- De estadiaje: Permite valorar la extensión y la diseminación del tumor.



- Cirugía radical: Tiene como objetivo conseguir la curación, por medio de la extirpación del tumor y el tejido circundante que contenga restos tumorales.
- Paliativa: Su finalidad no es curar, sirve para disminuir o atenuar los síntomas del paciente oncológico.
- Reparadora: Es llevada a cabo para restaurar la apariencia y/o función de un órgano tras una cirugía curativa ej. la reconstrucción mamaria.

Quimioterapia: Hace referencia a los fármacos que se utilizan para eliminar las células cancerígenas. Pueden ser administrados vía oral, intravenosa o intramuscular y subcutánea.

Radioterapia: Emplea altas dosis de radiación para destruir las células cancerosas y reducir los tumores. En dosis bajas, la radiación se usa en rayos X para ver el interior del cuerpo.

Existen dos tipos de radioterapia:

- Radioterapia externa: Se dirigen los rayos X o partículas al tumor desde afuera del cuerpo.
- Radioterapia interna: Se proporciona radiación dentro del cuerpo, colocando pastillas radioactivas dentro o cerca del tumor que se pueden ingerir o por vía intravenosa.

Terapia dirigida: Se basa en la utilización de fármacos que pueden disminuir el crecimiento de las células cancerígenas o provocar la muerte de estas células.

Inmunoterapia: Este tratamiento utiliza sustancias producidas por el cuerpo o en un laboratorio para ayudar al sistema inmunitario a combatir el cáncer deteniendo su crecimiento, evitando que se propague a otras partes del cuerpo.

Otros tratamientos pueden ser el tratamiento hormonal, hipertermia, terapia laser, terapia fotodinámica, crioterapia. Todos estos tratamientos son empleados dependiendo de las necesidades de cada paciente (MedlinePlus, 2017).



2.7. Dolor

Algunos autores definen el dolor como la International Association for the Study of Pain, IASP (fundada en 1974), "el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión (Idáñez, 2012).

Treede (2018) en cambio, considera desagradable al conjunto de sentimientos entre los que se encuentran sufrimiento, ansiedad, depresión y desesperación. Como podemos observar esta definición enfatiza en que el dolor es una experiencia compleja que incluye múltiples dimensiones. (Treede, 2018)

De esta manera, autores como Molina (1990), definen el dolor como una experiencia total que compromete tanto a la parte biológica como psicológica del individuo, Allué (2004), se refieren al dolor como un ruido que está fijo en un lugar, es como si te acompañará una música permanente que no es necesario escucharla, pero cuando el ruido es constante te puede llegar a dominar, a impregnar y se puede llegar a convertir en una obsesión. (Allué, 2004; Molina, 1990)

Se puede define el dolor como un hecho existencial que supone una tensión entre lo que puede hacerse y lo que debe aceptarse, esta limitación provoca la ruptura de la vida porque condiciona el estado físico y anímico de la persona que lo padece y de las personas que la rodean, por eso es común que la única alternativa sea soportarlo en soledad. (Montesó, P. Rosselló, 2017).

Según el análisis fenomenológico de Agustín serrano, sobre la atención y el dolor. Él establece la relación que se genera entre el dolor-conciencia-atención-cuerpo porque el vivir con dolor hace que la persona que lo padece esté siempre con su atención puesta en él ya que hace que cambie su percepción del mundo y de sí mismo. El dolor físico como una experiencia global tiene la particularidad de destacar la presencia silenciosa del cuerpo. En muchas ocasiones las personas no tienen conciencia de muchas partes de su cuerpo, pero al momento de sentir dolor se genera el interés por esta zona anatómica, que es, donde está ubicado, para que sirve, porque duele, esta reacción ante el dolor es lo que da voz al cuerpo. (Diaz, 2016)

Para valorar el dolor la enfermera cuenta con escalas como las de la clasificación del dolor, escala de valoración del dolor y cuestionarios que le permitirán tener un diagnóstico más acertado para llevar a cabo unos cuidados integrales ante un diagnóstico tan subjetivo como puede ser el dolor.

| | |
|---------------------|---------------------------------------|
| Origen | Espiritual - Fisiológico- Psicológico |
| Duración | Agudo-Crónico |
| Intensidad | Leve-Moderado-Severo |
| Localización | Somático- Visceral |
| Velocidad | Rápido-Lento |
| Patogenia | Neuropático- Nociceptivo-Psicógeno |
| Curso | Continuo-Irruptivo |

Tabla 1. Clasificación del dolor. Fuente: Allué, 2010

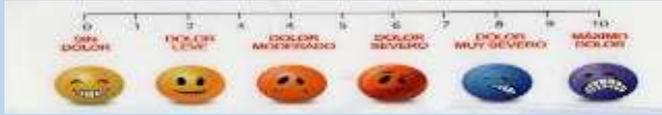
| Tipo de escala | Características | Numeración-interpretación |
|-----------------------------------|--|--|
| Escala analógica visual (EVA) | Permite medir la intensidad del dolor.  | Sin dolor Máximo dolor |
| Escala numérica (EN) | Escala numerada del 1-10 donde 0 es la ausencia de dolor y 10 mayor intensidad. Es uno de los más utilizados. | 0= Sin dolor 10= Máximo dolor |
| Escala categórica (EC) | Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas. | 0=Nada 4=Poco 6=Bastante 10=Mucho |
| Escala analógica de intensidad | Consiste en una línea horizontal de 10cm; en el extremo izquierdo esta la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor. | 0=Nada 10=Insoportable |
| Escala visual analógica de mejora | En el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho mejora total. | 0=No mejora 10=Mejora total |

Tabla 2. Escalas más utilizadas para la valoración del dolor. Fuente: Herrero, V et al. (2018) y modificación propia



| | |
|---|--|
| Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) | Es uno de los más utilizados. Explora las esferas sensorial y afectiva. Es útil para discriminar entre pacientes que tienen clases diferentes de dolor. |
| Cuestionario de Dolor en español (CDE) | Dirigido a población general con dolor agudo o crónico. Cuestionario autoadministrado con varias dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa. |
| Cuestionario de afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD) | Dirigido a población general con dolor de una duración superior a 6 meses. Sirve para explorar el afrontamiento del dolor crónico y sus áreas |
| Cuestionario DN4 (DN4) | Consta de siete ítems referidos a síntomas y tres referidos a la exploración. Una puntuación total de 4/10 o mayor sugiere dolor neuropático. Se ha validado en 15 idiomas, entre ellos el español. |
| Inventario Multidimensional del Dolor de West HavenYale (WHYMPI) | Evalúa 5 escalas de la experiencia de dolor (intensidad, interferencia en áreas de la vida del paciente, insatisfacción con su situación actual, visión del apoyo que recibe de otros, control que percibe tener sobre su vida, estados de ánimo negativos). |
| Test de Lattinen | Es muy utilizado en las Unidades de Dolor y valora diferentes aspectos que, sumados, dan una idea general del estado del paciente. Es fácil de utilizar y ha sido validado recientemente. |
| Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory) | Desarrollado originalmente para el dolor oncológico ; es muy utilizado en clínica e investigación para evaluar la intensidad e impacto del dolor y los efectos del tratamiento analgésico. Hay dos versiones, la larga y la corta, ambas validadas en español |
| The LANSS Pain Scale | Contiene cinco síntomas y dos ítems de examen clínico. Una puntuación de 12 o más de 24 posibles, sugiere dolor neuropático. |
| The Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ) | Consiste en 12 ítems que incluyen 10 referidos a sensaciones o respuestas sensoriales y dos referidos al afecto. Existe una forma corta. Tiene poder discriminativo entre dolor neuropático y no neuropático |
| Pain DETECT | Incorpora un cuestionario auto-rrellenable con nueve ítems que no requiere examen clínico. |
| Escala Karnofsky (KPC) | Es la forma típica de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias . Un puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas. |

Tabla 3. Principales cuestionarios para la valoración del dolor. Fuente: Herrero, V et al. (2018) y modificación propia



En oncología los más utilizados son la escala EVA, el cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory) y la escala Karnofsky. En la actualidad se cuenta con la escala analgésica de la OMS la cual brinda una orientación que permite valorar la intensidad del dolor y dependiendo si es leve, moderado o severo se administran un tipo de analgésico o la combinación de ellos.



Tabla 4. Escal analgésica de la OMS. Fuente: Enfermería virtual Argentina (2018)

El objetivo del enfermero es que el paciente no pase dolor, el enfermero debe evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero debe prestar más atención ante la administración de las primeras dosis para verificar que no se den efectos adversos. Debe informar al paciente y familia de los efectos secundarios que se pueden generar como somnolencia la cual remite a los 2 o 3 días, también puede ocasionar depresión respiratoria, náuseas, vómito, sequedad de la boca y estreñimiento y por tanto el enfermero debe llevar a cabo actividades que disminuyan estos efectos adversos.

Es muy importante registrar la administración de estos medicamentos y confirmar bien las órdenes médicas, la hora, el paciente correcto y la dosis correcta, vía correcta (Departamento de enfermería del servicio de oncología, 2012).



2.8. Dolor moral y sufrimiento

En la revisión realizada por Sancho (1998) se define el sufrimiento como consecuencia de nuestra imperfección, de nuestro ser creado humano. Es inevitablemente humano y humanamente inevitable, porque no somos dioses. Somos seres creados, una combinación de materia y de espíritu, cualquiera que sea la interpretación que cada uno le dé como acontecimiento humano, entonces no hay manera de poderlo evitar. Solo hay diferentes formas de enfrentarlo y darle sentido. El sufrimiento está presente en todos los hombres, como uno de los misterios de la vida humana, doloroso y omnipresente. (Sancho, 1998)

El propio Cassell (2009) rememora que: “los cuerpos duelen, las personas sufren”. Este autor dice que la persona se construye alrededor de un cuerpo, un carácter y una personalidad, un pasado y una memoria, una educación emocional, una forma de afrontar las dificultades, una historia, una cultura, una familia, unas experiencias personales, una red de relaciones sociales y también una relación consigo mismo, una vida interior, unos sueños, creencias, aspiraciones y miedos. También tiene una dimensión espiritual, trascendente, referida a la cualidad de pertenencia a algo mayor que uno mismo, que sobrepasa la propia dimensión física y temporal. Según ese modelo la amenaza a la integridad de cualquiera de estas estructuras de relación puede ser fuente de sufrimiento. (Cassell, 2009).

Así, el sufrimiento físico se puede generar de cualquier forma “duele el cuerpo”, mientras que el sufrimiento moral es el “dolor del alma” Recamier definía el sufrimiento como “las heridas del alma que sangran en silencio”. (Sancho, 1998)

Es indispensable que el enfermero brinde unos cuidados partiendo de una base primordial como es empatizar con el paciente para poder comprender la nueva situación por la cual él y su familia están atravesando, y establecer una red entre todos los implicados (paciente, familia, profesionales como estilistas, nutricionista, oncólogo, psicólogo, enfermero, auxiliares y pacientes expertos).

El paciente atraviesa por unas fases que mencionan algunos autores en modelo evolutivo del duelo como Elisabeth Kübler-Ross propone que las personas que padecen una enfermedad crónica atraviesan por **5 fases** que se pueden dar en diferente orden negación,



ira, negociación/pacto, depresión y aceptación, en el transcurso de estas fases las personas tienen sentimientos como rabia, envidia, resentimiento y algunas veces puede haber conductas agresivas hacia otros o hacia ellos mismos. En el proceso de negociación comienza la reconciliación con las personas que fueron agredidas u ofendidas y en ocasiones hasta se reconcilian con Dios, con su espiritualidad y creencias (Rubia, J. Avila, 2015).

Para llegar a la aceptación depende de muchos factores como la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad y los estilos de afrontamiento que son definidos por Lazarus y Folkman como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes del individuo”. (Vinaccia, 2003)

En los cuidados de enfermería para ayudar al paciente a sobre llevar su sufrimiento es importante que enfermero acompañe y motive al paciente a expresar sus sentimientos por medio de una comunicación asertiva y cercana ayudando al paciente a alivianar su carga.

Le puede sugerir recomendaciones como asistir a las actividades sociales y familiares para no recaer en un aislamiento social, también le enseña a delegar funciones en su grupo de apoyo creando conciencia de sus límites de esfuerzo físico, es primordial que el profesional de enfermería y psicología oriente al paciente a establecer una muy buena comunicación con su pareja y con sus hijos para que no se sientan rechazados o culpables por los cambios que conlleva vivir con el cáncer.

2.9. Cuidados de enfermería

Las personas que tiene que enfrentarse a un diagnóstico de cáncer sufren un impacto pluridimensional a nivel físico, psicológico, emocional, social, económico, laboral, afectivo y espiritual.

Por estas razones los cuidados de enfermería están orientados a mejorar la calidad de vida del paciente y sus familias ya que ellos también sufren este diagnóstico y por tanto también deben ser acompañados e informados.



Los cuidados del paciente oncológico son llevados a cabo por un equipo multidisciplinar con unas competencias avanzadas proporcionadas con el objetivo que garantizar unos cuidados holísticos, individualizados que cubran todas las necesidades del paciente y familia. (Cáseres, M. Ruiz, F. Germá, J. Busques, 2007)

El enfermero colabora al paciente en el momento de requerir la baja laboral, ya que este trámite también puede ser muy angustioso porque probablemente aparezcan sentimientos de inutilidad, tristeza y frustración.

Muchos de los cuidados que brinda el enfermero son para mitigar los efectos secundarios que pueden generar los tratamientos del cáncer como pueden ser las náuseas y vómitos, fatiga, deterioro de la integridad cutánea, contribuye a evitar que se generen posibles infecciones ya que su estado inmunodeprimido los hace más propensos a adquirirlas. También ayuda a sobre llevar los trastornos que pueden presentarse como son el de la imagen y el del sueño.

Otra opción que el profesional puede ofrecer a los pacientes es la medicina complementaria y alternativa las cuales cuentan con una combinación de intervenciones fisiológicas que dan un enfoque terapéutico holístico que incorpora la mente, cuerpo y el espíritu.

Algunas de las terapias complementarias que puede utilizar el profesional son musicoterapia, masajes, técnicas de reducción del estrés, acupuntura, retroalimentación, meditación, relajación, aromaterapia, yoga, terapia del arte.

Muchos médicos no consideran las terapias alternativas como una opción para el paciente ya que no cuentan con una evidencia científica y por tanto no tiene valor terapéutico (Martínez, L. Martínez, G. Gallego, D. Vallejo, E. Lopera, J. Vargas, N. Molina, 2014).

El fundamento de estas técnicas tiene un soporte empírico (como la medicina china en las llamadas técnicas del cuerpo y mente).

Algunas de las alternativas utilizadas en el manejo del dolor:

- Medicina de mente y cuerpo: Meditación, ejercicios yoga, hipnosis, imaginación guiada.



- Prácticas para la base biológica: Utiliza bebidas herbales, dietas especiales, suplementos vitamínicos.
- Prácticas manipulativas y basadas en el cuerpo: Masajes.
- Medicina de energía: Acupuntura, reiki, bioenergética corporal y toques terapéuticos.

En la actualidad gran número de pacientes recurren a este tipo de terapias que además de contribuir a paliar su dolor los ayuda a ponerle voz a su cuerpo y mente (Martínez, L. Martínez, G. Gallego, D. Vallejo, E. Lopera, J. Vargas, N. Molina, 2014).

2.10. Escuela del pensamiento Humanbecoming.

Para llevar a cabo unos correctos cuidados de enfermería es necesario apoyarse en teorías que brindan una guía para realizar buenas prácticas, investigaciones y educación y por tanto poderle dar un buen sustento a lo que se hace, mostrando una apropiación clara en el “ser” y el “saber”, otorgando una relevancia social, profesional y científica a la enfermería (Vilches, V. Barboza, V. Paravic, T. Klijn, T. Salazar, 2013).

Una de las teorías que se puede utilizar es la “Humanbecoming de Parse”, que consiste en las acciones del ser humano, en su calidad de vida y su salud, partiendo de sus vivencias y creencias, de la expresión de la fuerza y el entendimiento como una manera única de transformación, que permite avanzar con las esperanzas, anhelos y los proyectos de cada persona. Estos fundamentos teóricos son el resultado de la unión de la filosofía de la ciencia humana y del existencialismo. (Vilches, V. Barboza, V. Paravic, T. Klijn, T. Salazar, 2013).

En esta teoría los principios, conceptos y paradojas actúan de forma simultánea, por lo cual el personal de enfermería debe respetar a las personas, sus valores y creencias, independientemente de sus conocimientos, méritos, estatus social, facilidad de expresión o de su condición de salud o su edad para poder realizar sus planes de curas de una forma holística e individualizada. (Vilches, V. Barboza, V. Paravic, T. Klijn, T. Salazar, 2013a).

Esta teoría está comprendida por supuestos, postulados principios y conceptos y paradojas.



Supuestos

- 1) Estructurar significados y tomar decisiones en situaciones de salud. Se establece el “pacto-compromiso” entre el usuario y el profesional.
- 2) Configurar patrones rítmicos de relación con el universo humano. Acompañamiento que brinda la enfermería para que el usuario desarrolle sus propias capacidades para encontrar soluciones a su nuevo estado de salud.
- 3) Co-transferir ilimitadamente con las posibilidades que emergen. Incluir en el plan de curas las esperanzas y los proyectos del paciente.
- 4) Crear en el universo humano (humanuniverse) una sinfonía perfecta. Colaboración del enfermero a para que el paciente pueda imaginar y/o sentir lo que puede implicar la modificación de su estado de salud y el cambio que puede implicar la prioridad de sus valores.

Postulados

- Infinito: Conocimiento del ser humano, formado a partir de sus experiencias de vida que influyen en su desarrollo personal.
- Paradoja: Vivencias que acontecen en un mismo momento donde existe conexión con otros y el universo y a la vez poder enfrentar un sentimiento de soledad y separación.
- Libertad: Elección de seguir adelante sin “cargar” asuntos que no son de su responsabilidad, formando una liberación personal.
- Misterio: Es lo inexplicable, lo no conocido que va ligado a la evolución humana.

Principios

- 1) Estructurando significados: Los significados son una realidad personal, que evoluciona dependiendo del pasado, presente y futuro. Es la forma como el ser humano vive su realidad. Este principio incluye la *imagen* la cual expone la realidad



personal por medio del conocimiento explícito-tácito, incluye la *valoración* como la forma en que cada persona elige vivir con sus creencias que son expresadas y proyectadas a través de la imagen y expresadas por medio del lenguaje, también incluye el *lenguaje* permite expresar el significado a través de hablar o estar en silencio.

2) Configuración de patrones rítmicos:

Revelación-ocultación: Paradoja entre desenmascarar-enmascarar.

Permitir-limitar: Paradoja de potenciar-restringir.

Conexión-separación: Paradoja de atender-distanciarse.

3) Co-trascendencia: Es ir más allá, permitiendo co-crear con otros y el universo, es la capacidad de tomar decisiones y asimilar los cambios que estas conllevan. En este principio incluye conceptos como:

- Poder: Definido como la fuerza y energía que estimula al ser humano a vivir. El poder transmite el significado de lucha y perseverancia en la vida, es lo que otorga la voluntad de continuar a pesar de las dificultades que se enfrenten. Contribuye a desarrollar la capacidad de mirar los problemas como una posibilidad de identificar el significado y los valores contribuyendo a generar esperanzas y sueños.
- Origen: Es la creación personal. Contiene las paradojas de adaptación y no adaptación. Las personas reinventan en el momento decisiones.
- Transformación: Proceso de trascendencia en el cual cada persona se esfuerza para lograr sus objetivos asumiendo sus consecuencias. Incluye las paradojas de lo familiar y no familiar.

3. OBJETIVO GENERAL

Examinar si los cuidados de enfermería ayudan a paliar el dolor oncológico en pacientes adultos.

3.1. Objectivos específicos

- Evidenciar la presencia del dolor moral y el sufrimiento en los pacientes oncológicos como una necesidad de cuidado a cargo del personal de enfermería.
- Identificar los principales síntomas que presentan los pacientes oncológicos enmarcados en el dolor físico que pueden ser intervenidos por el personal de enfermería para su control o disminución.
- Evidenciar la utilidad y efectividad de algunas terapias alternativas empleadas en el cuidado de pacientes oncológicos.

4. METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de dieciséis (16) artículos publicados en revistas arbitradas por pares evaluadores en bases de datos. La búsqueda se realizó a través de SABiDi, alojado en el Centre de recursos per a l'aprenentatge i la investigació de la Universitat Rovira i Virgili, se accedió a las bases de datos Scielo, Scopus y PubMed, además se hizo una búsqueda por el gestor CUIDEN y se ingresó de forma libre a la base de datos LILACS, entre el 6 de enero y el 16 de febrero de 2020. Se utilizó el boleano AND.

| DeCS | MeSH |
|------------------------|----------------------|
| Cuidados | Cares |
| Cuidados de enfermería | Nursing care |
| Pacientes oncológicos | Oncological patients |
| Paciente con cáncer | Cancer patient |

Tabla 5. Palabras clave. Fuente: elaboración propia

| Criterios de inclusión |
|---|
| Artículos publicados en los últimos cinco años (2015 - 2020). |
| Escritos en catalán, español, portugués e inglés. |
| Población de estudio mayor de 18 años. |
| Artículos de acceso completo. |

Tabla 6. Criterios de inclusión. Fuente: elaboración propia



| Criterios de exclusión |
|---|
| Artículos de revisión bibliográfica. |
| Artículos publicados antes de 2015. |
| Aquellos que aborden otra etapa del ciclo vital. |
| Aquellos que no hagan referencia a cuidado de enfermería en paciente adulto oncológico. |

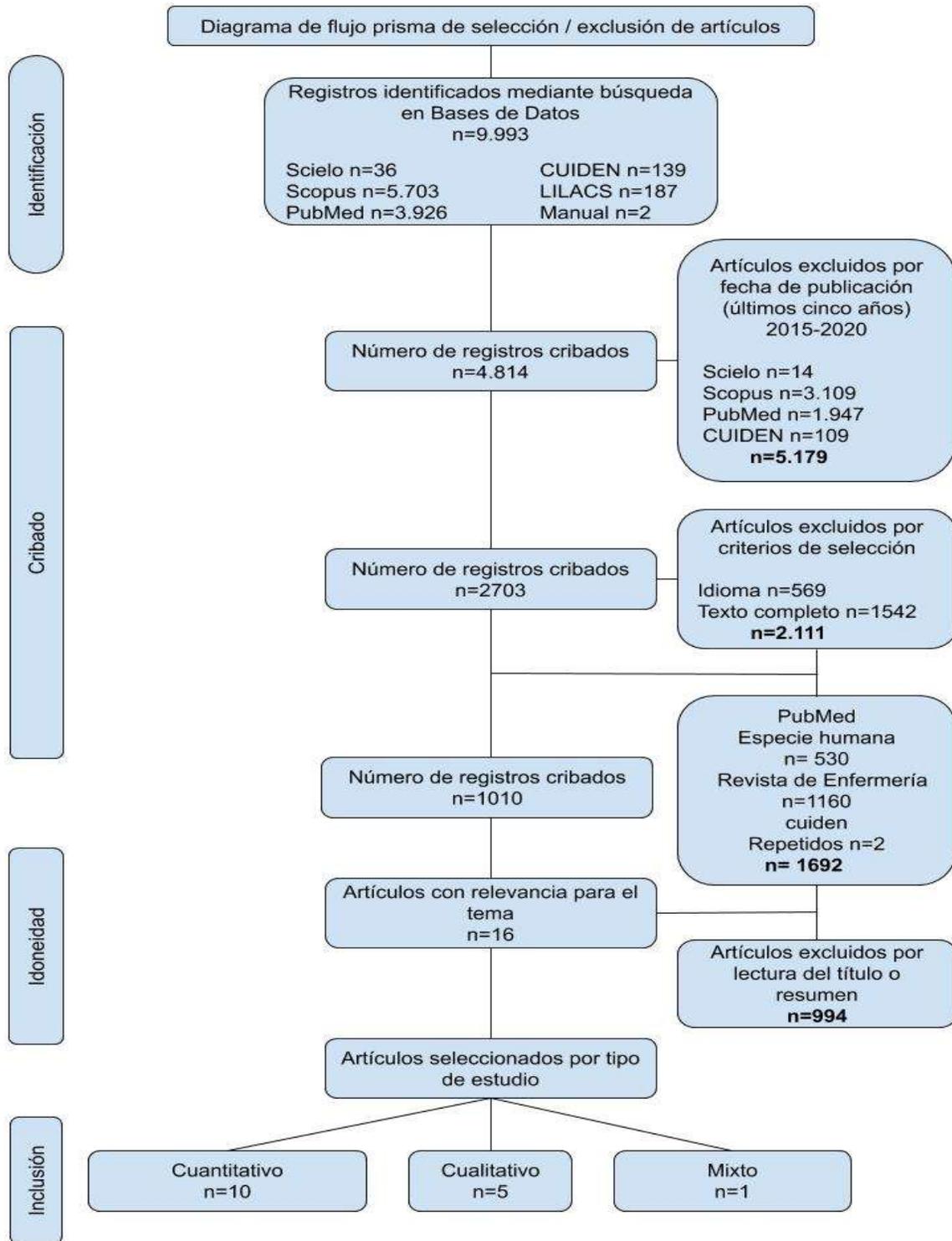
Tabla 7. Criterios de exclusión. Fuente: elaboración

| Base de datos | Palabras clave | Resultados |
|----------------------|--|-------------------|
| Scielo | "Cuidados de enfermería" AND "Pacientes oncológicos" | n=36 |
| Scopus | "Cares" AND "Oncological patients" | n=5.703 |
| PubMed | "Cares" *"Oncological patients" | n=3.926 |
| CUIDEN | "Cuidados de enfermería" AND "Pacientes oncológicos" | n=139 |
| LILACS | "Cuidados" AND "Paciente con cáncer" | n=187 |

Tabla 8. Resultados de búsqueda inicial en bases de datos. Fuente: elaboración propia



Figura. Diagrama de flujo de búsqueda en bases de datos



5. RESULTADOS

Tabla N°8. Leyenda de resultados según las categorías del cuidado al paciente oncológico

| Categoría de cuidado al paciente oncológico | Dolor moral y sufrimiento n=7 | Dolor físico n=5 | Terapias alternativas n=4 |
|---|--|---|--|
| Gráfico representativo |  |  |  |

Tabla N°9. Resultados

| Categoría | Título/Autor(es)/Año/País | Tipo de estudio | Objetivos | Resultados/Conclusión |
|--|---|---|---|---|
|  | <p>Percepción de pacientes con cáncer en cuidados paliativos sobre la calidad de vida</p> <p>Meneguín S, Matos TDS, Ferreira MLSM. 2017 Brasil</p> <p>http://www.scielo.br/sabidi.v71n4/0034-7167-reben-71-04-1998.pdf</p> | <p>Mixto n= 96</p> | <p>Comprender la percepción de pacientes oncológicos en cuidados paliativos en relación a la calidad de vida e identificar proposiciones para su mejora.</p> | <p>Los resultados del estudio indican que la calidad de vida es subjetiva, vinculada a valores personales e influenciada por las repercusiones del proceso de salud-enfermedad, espiritualidad y otros factores como los problemas familiares y financieros. Estos aspectos pueden guiar acciones pautadas en una práctica asistencial interdisciplinaria, dirigida a las reales necesidades de estos pacientes.</p> |
| | <p>Calidad de vida y coping religioso-espiritual en pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos</p> <p>Matos TDS, Meneguín S, Ferreira MLS, Miot HÁ. 2017 Brasil</p> <p>http://www.scielo.br/sabidi.v71n4/0034-7169-rlae-25-e2910.pdf</p> | <p>Cuantitativo. Transversal, comparativo n= 192</p> | <p>Comparar la calidad de vida y el coping religioso-espiritual de pacientes en cuidados paliativos oncológicos con un grupo de participantes sanos; evaluar si la calidad de vida percibida está asociada a las estrategias de coping religioso-espiritual; identificar las variables clínicas y sociodemográficas</p> | <p>Ambos grupos presentaron altas puntuaciones de calidad de vida y de Coping (afrontamiento) Espiritual-Religioso. Participantes de sexo masculino, practicantes de religión católica y con mayores scores (puntuaciones) de Coping Espiritual-Religioso presentaron mejor percepción de calidad de vida, sugiriendo la posibilidad de estimular esa estrategia de enfrentamiento en pacientes bajo cuidados paliativos.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | | | relacionadas a la calidad de vida y al coping religioso-espiritual. | |
|  | <p>Identificación de la correlación entre la percepción de la enfermedad y el nivel de ansiedad en pacientes con cáncer</p> <p>Saritas SC, Özdemir A. 2018 Estados Unidos</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29465775</p> | <p>Cuantitativo, descriptivo y de correlación n=318</p> | <p>Investigar la relación entre la percepción de la enfermedad y el nivel de ansiedad en pacientes con cáncer.</p> | <p>Los resultados del estudio indican que si hay una correlación entre la ansiedad con la percepción de la enfermedad. En otros estudios con pacientes con cáncer de esófago, enfermedad de Parkinson e insuficiencia cardiaca los resultados han sido similares a los de este estudio.</p> <p>Los pacientes con cáncer tienen una percepción diferente de otras enfermedades crónicas. Cuando los pacientes creen en las consecuencias negativas de la enfermedad, aumentan sus niveles de ansiedad. Esto puede deberse al hecho de que los pacientes con cáncer experimentan intensamente miedo a la muerte.</p> |
| | <p>Miedo, dolor, negación y experiencias espirituales en los procesos de muerte</p> <p>Renz M, Reichmuth O, Bueche D, Traichel B,</p> | <p>Cualitativo Análisis estadístico descriptivo y fenomenológico</p> | <p>Confirmar la hipótesis de que el miedo / dolor / negación sucedería simultáneamente y se asociaría con una transformación de la percepción / conciencia</p> | <p>Los resultados del estudio confirmaron que la espiritualidad es útil para lidiar con la angustia y mejorar la calidad de vida, incluso en medio de una enfermedad grave. Se identificaron fenómenos espirituales únicos como la "angustia espiritual".</p> |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | <p>Schuett Mao M, Cerny T, Strasser F. 2018 Estados Unidos</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28823175</p> | <p>interpretativo. n=80</p> | <p>basada en el ego (pretransición) a la percepción / conciencia distante del ego (post-transición) y eso espiritual (trascendental).</p> | <p>Los fenómenos del lecho de muerte a menudo se asociaron con experiencias espirituales y una muerte pacífica.</p> <p>Sin embargo, no se sabe cuándo ni por qué la espiritualidad se vuelve fundamental durante los procesos de muerte y si las experiencias espirituales están vinculadas a las creencias religiosas.</p> |
|  | | | | <p>La mayoría de los pacientes mostraron al menos una vez miedo y dolor. Muchos pacientes parecían morir en paz. Las experiencias previas cercanas a la muerte o espirituales/místicas pueden facilitar el proceso de morir.</p> <p>Acercarse a la muerte no sólo se caracteriza por períodos de angustia, sino que va más allá de periodos de miedo / dolor / negación.</p> |
| | <p>Intensidad y prevalencia de estados depresivos en pacientes con cáncer: un estudio descriptivo de gran muestra</p> <p>Muzzatti B, Mella S, Bomben F, Flaiban C,</p> | <p>Cuantitativo, transversal, descriptivo n= 1147</p> | <p>Proporcionar información sobre la intensidad y la prevalencia del estado depresivo en una muestra heterogénea de pacientes hospitalizados con</p> | <p>Los datos refuerzan la importancia de un enfoque clínico y de investigación sobre la depresión en oncología. Existen diferencias según el sexo, la edad y el diagnóstico en la prevalencia e intensidad de la depresión, la intervención de apoyo personalizada debe planificarse y</p> |



| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | <p>Gipponi K, Piccinin M, Busato S, Annunziata MA. 2018 Estados Unidos</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27357446</p> | | <p>cáncer. Además, se estudiaron las asociaciones entre el estado depresivo y los diferentes factores sociodemográficos y clínicos.</p> | <p>verificarse para determinar su efectividad y eficacia. Además, se deben evaluar otros posibles factores asociados con la depresión y realizar estudios longitudinales para describir la trayectoria de los estados depresivos durante el diagnóstico y el tratamiento del cáncer.</p> |
| | <p>Sentimientos de Pacientes en Cuidados Paliativos sobre Modificaciones Corporales Ocasionadas por el Cáncer</p> <p>Oliveira DSA, Cavalcante LSB, Carvalho RT. 2019 Brasil</p> <p>https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1002859</p> | <p>Cualitativo, fenomenológico n=4</p> | <p>Investigar los efectos psicológicos de los cambios corporales resultantes de la enfermedad y el tratamiento oncológico en pacientes bajo cuidados paliativos. Tener como objetivos específicos: investigar la historia de vida y enfermedad del paciente; identificar los cambios corporales percibidos por el paciente por la enfermedad y el tratamiento del cáncer; identificar sentimientos presentados por los pacientes con respecto a los cambios</p> | <p>La experiencia del cáncer en el cuerpo está relacionada con la pérdida de vitalidad, la independencia física y el ejercicio completo de la autonomía y, en cierta medida, la pérdida de uno mismo.</p> <p>Es un nivel de desorganización psíquica que va más allá del cambio de autoimagen, impregna al no reconocerse en un nuevo cuerpo que no responde o corresponde a sus expectativas y planes de vida. La experiencia del cáncer terminal presenta imperativamente la realidad de la muerte.</p> <p>Con respecto a los sentimientos contenidos en los discursos de los sujetos sobre la enfermedad y los cambios corporales, se observa que</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
|  | | | <p>corporales verificados; para investigar la evaluación del paciente con respecto a la contribución de los cuidados paliativos en su historia de vida y enfermedad.</p> | <p>la rabia, la furia y la evasión surgieron con gran intensidad, sin embargo, también fue posible identificar la resignación en los informes de los participantes. Se observa que la forma en que cada uno de los entrevistados aborda las implicaciones psicológicas de la enfermedad está relacionada con las características personales y la visión del mundo antes del diagnóstico de cáncer, pero que frente a la enfermedad se intensifican.</p> <p>Cabe señalar que todos los entrevistados, en mayor o menor medida, evitaron hablar la palabra cáncer, una enfermedad denominada "enfermedad popular maldita". Culturalmente, una palabra mal hablada es una que no se puede decir, que da mala suerte solo porque se evoca. La expresión "enfermedad popular maldita" probablemente se relaciona con el hecho de que el diagnóstico de cáncer tiene un estigma asociado a la muerte.</p> |
|---|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
|  | <p>Terapia de la dignidad para adultos con cáncer en cuidados paliativos: reporte de un caso</p> <p>Espíndula, Amanda V. Benincá, Ciomara Ribeiro S. Scortegagna, Silvana A. Secco, Ana Caroline Abreu, Ana Paula M. 2017 Brasil</p> | <p>Cualitativo, fenomenológico</p> | <p>Evaluar la eficacia de la Terapia de la Dignidad.</p> | <p>Se observa mejora del sentido de dignidad (104 para 76 puntos) de la paciente y aumento de los niveles de ansiedad (46 para 53 puntos). Aparte de eso, se señala que la técnica Terapia de la Dignidad favoreció la recuperación de recuerdos positivos, la posibilidad de arrepentirse y pedir perdón y la conexión de la paciente con su familia y otros queridos al final de la vida, por medio de la construcción del documento legado previsto por la técnica Terapia de la Dignidad.</p> |
|  | <p>https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-991735</p> | | | |
|  | <p>Actuación de los enfermeros de la estrategia salud de la familia en la atención oncológica</p> <p>Macedo de Souza GR, Cazola LHO, Oliveira SMVL 2017 Brasil</p> <p>http://www.scielo.br/sabidi.urv.cat/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0380.pdf</p> | <p>Cuantitativo, transversal n=77</p> | <p>Identificar la calificación y conocer la actuación de los enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia en atención oncológica.</p> | <p>La capacitación en atención oncológica es poco frecuente, reflejando el elevado desconocimiento de la Política Nacional de Atención Oncológica. Se verificó que 95% de los profesionales realizaban atenciones a pacientes oncológicos, prevaleciendo la visita domiciliaria y la consulta de enfermería. Sobre la Política Nacional de Atención Oncológica, 96% de los enfermeros declaró desconocerla. Se evidenció falta de preparación de los enfermeros para atender a</p> |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| | | | | <p>pacientes con cáncer, y la necesidad explícita de educación continua.</p> |
|  | <p>Calidad del sueño y grupo de síntomas en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia</p> <p>Nunes NAH, Ceolim MF. 2019 Brasil</p> <p>https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85062718609&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=cares++in+oncological+patient&nlo=&nlr=&nls=&sid=b07ce7543d7bb5cbe3089dbfd37a5dcb&sot=b&sdt=cl&cluster=scopubyr%2c%22020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222016%22%2ct%2bscosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct%2bscolang%2c%22English%22%2ct%2c%22Spanish%22%2ct%2c%22Portuguese%22%2ct&sl=44&s=TITL E-ABS-KEY%28cares++in+oncologi</p> | <p>Cuantitativo, longitudinal n=127</p> | <p>Analizar la formación de los grupos de síntomas en pacientes oncológicos.</p> | <p>Se identificaron tres grupos de síntomas a lo largo del tiempo: síntomas orgánicos y funcionales; emocionales y sueño; y gastrointestinales.</p> <p>Este estudio, además de subsidiar el conocimiento acerca de los grupos de síntomas en pacientes con cáncer en tratamiento de quimioterapia ambulatorio, permitió conocer cómo esos síntomas actúan durante las cuatro primeras sesiones de quimioterapia. Así, podrá subsidiar intervenciones preventivas a los síntomas.</p> |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | cal+patient%29&relpos=38&citeCnt=0&searchTerm= | | | |
|  | <p>Percepciones de la participación del paciente en el manejo de los síntomas: un estudio cualitativo con pacientes con cáncer, médicos y enfermeras</p> <p>Lin C, Cohen E, Livingston PM, Botti M. 2019 Estados Unidos</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30209822</p> | <p>Cualitativo, descriptivo n= 53</p> | <p>Analizar las personas con cáncer, la comprensión y las actitudes de los médicos y las enfermeras hacia la participación del paciente en el manejo de los síntomas.</p> | <p>La participación del paciente se percibió como una interacción mutua que requería la contribución tanto de los pacientes como de los médicos y las enfermeras. Esta participación fue reconocida tanto por los pacientes como por el personal de salud como un componente importante de la atención del cáncer, sin embargo, la mayoría de los pacientes, médicos y enfermeras tenían preocupaciones relacionadas con el conocimiento limitado de los pacientes y su capacidad para negociar decisiones de tratamiento.</p> <p>Este estudio identificó la amplia gama de actividades donde la participación del paciente puede ocurrir en el contexto de la atención y tratamiento del cáncer. Se debe promover el reconocimiento positivo de los roles de los pacientes entre los mismos y médicos y enfermeras para facilitar la participación de éstos en su propia atención y mejorar las habilidades de los médicos y enfermeras para involucrar a los pacientes.</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
|  | <p>Mapeo de los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería de una unidad oncológica</p> <p>Ribeiro da Silva M, Oliveira Silva D, Dos Santos TI, Peres de Oliveira P, Bezerra Rodrigues A, Barbosa DA. 2017 Brasil</p> <p>https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15133/23843</p> | <p>Cuantitativo transversal. n=157</p> | <p>Identificar los principales diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería descritos por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC), Nursing Intervention Classification (NIC), para pacientes oncológicos internados.</p> | <p>El presente trabajo abordó las clasificaciones NANDA, NOC y NIC en una unidad de oncología de un hospital filantrópico en la región sur de Bahía. Estos términos proporcionaron información para apoyar el desarrollo de parámetros para la práctica de enfermería en el cuidado personas con cáncer.</p> <p>Se destacaron siete diagnósticos por la North American Nursing Diagnosis Association y 12 intervenciones de enfermería (Nursing Outcomes Classification). Se consideraron importantes los títulos de los diagnósticos, resultados e intervenciones/actividades formuladas para más de 78 (50,0%) de los participantes del estudio. permitiendo identificar y seleccionar diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería para aplicación en la práctica clínica, con vistas a subsidiar el proceso de cuidado y el conocimiento de las taxonomías de enfermería.</p> |
| | <p>Percepción de los enfermeros y manejo del</p> | <p>Cuantitativo descriptivo n=7</p> | <p>Captar la percepción de los enfermeros que trabajan en oncología</p> | <p>El paciente con cáncer experimenta dolor y va más allá del alcance fisiológico, de ahí la necesidad de</p> |



| | | | | |
|---|--|---------------------------------|--|--|
|  | <p>dolor de los pacientes oncológicos</p> <p>Stübe M, Thome da Cruz C, Rieth Benetti ER, Sonogo Gomes J, Fernandes Stumm EM. 2015 Brasil</p> <p>http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1033</p> | | <p>referente al dolor de los pacientes y conocer las medidas que toman para manejarlo.</p> | <p>que el equipo responsable de su cuidado tenga la sensibilidad y la perspicacia para identificarlo correctamente y luego implementar acciones para manejarlo. Es evidente que las enfermeras que participan en este estudio perciben el dolor del paciente con cáncer y tratan de controlarlo, sin embargo, se considera que estas acciones pueden mejorarse más específicamente con el uso de la Sistematización del Cuidado de Enfermería (SAE).</p> <p>Los resultados de esta investigación indican cambios que las enfermeras que trabajan en oncología pueden y deben hacer, con el objetivo de calificar la atención al paciente y contribuir a minimizar el dolor. Entre las actividades que pueden llevarse a cabo, destacan la implantación del dolor como quinto signo vital, la formación de grupos de estudio y la realización de investigaciones centradas en la medición del dolor y la atención de enfermería a pacientes con cáncer.</p> |
| | <p>Atención integral del cáncer en un centro</p> | <p>Cuantitativo demográfico</p> | <p>Evaluar los conceptos de Oncología</p> | <p>El CC del GKH alberga tres Centros de Órganos certificados para cáncer</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
|  | <p>oncológico certificado de un hospital antroposófico alemán</p> <p>Thronicke A, Oei SL, Merkle A, Herbstreit C, Lemmens H-P, Grah C, Kröz M, Matthes H, Schad F. 2018 España</p> <p>https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85045560103&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=cares++in+oncological+patient&nlo=&nlr=&nls=&sid=b07ce7543d7bb5cbe3089dbfd37a5dcb&sot=b&sdt=cl&cluster=scopubyr%2c%22020%22%2c%2c%222019%22%2c%2c%222018%22%2c%2c%222017%22%2c%2c%222016%22%2c%2bscosubjabbr%2c%22NURS%22%2c%2bscolang%2c%22English%22%2c%2c%22Spanish%22%2c%2c%22Portuguese%22%2c&sl=44&s=TITLE-ABS-KEY%28cares++in+oncologi</p> | | <p>Integrativa (IO) del Centro de Cáncer (CC) Antroposófico-Integrativo en el Hospital Gemeinschaftskrankenhaus (GKH) de Berlín</p> | <p>de mama, colorrectal y de pulmón que están aplicando terapias IO, incluido el tratamiento complementario orientado a las guías y al tratamiento complementario contra el cáncer. Los datos muestran que los conceptos de IO son utilizados por una alta proporción de pacientes con cáncer primario masculino y femenino de todos los grupos de edad, lo que indica una implementación exitosa de IO en CC GKH. El CC GKH funciona por encima de los Centros de Cáncer de referencia a nivel nacional con respecto al apoyo psico oncológico y los pacientes inscritos en estudios clínicos y de investigación. Los resultados de la investigación, arrojan una mejoría y aceptación de las terapias alternativas, entre los pacientes que la recibieron. Se comprueba que la IO, es beneficiosa incluida como parte del tratamiento en pacientes con cáncer.</p> |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>cal+patient%29&relpos=54&citeCnt=0&searchTerm=</p> | | | |
|  | <p>Los conciertos en vivo reducen la ansiedad de los pacientes hospitalizados con cáncer</p> <p>Toccafondi A, Bonacchi A, Mambrini A, Miccinesi G, Prosseda R, Cantore M. 2017 Estados Unidos</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27726208</p> | <p>Cuantitativo n= 111</p> | <p>Evaluar el efecto del formato de The Music Givers en la ansiedad de los pacientes con cáncer.</p> | <p>El estudio muestra que participar en los eventos de Donatori di Música puede disminuir el nivel del estado de ansiedad en pacientes hospitalizados con cáncer. Estos resultados invitan a una reflexión sobre la importancia de ofrecer eventos, como conciertos de música en vivo, que no están asociados con la enfermedad o los tratamientos a los pacientes hospitalizados, con el fin de mejorar su estado psicológico durante la hospitalización.</p> |
|  | <p>Experiencias espirituales de trascendencia en pacientes con cáncer avanzado</p> <p>Renz M, Schuett Mao M, Omlin A, Bueche D, Cerny T, Strasser F. 2015 Estados Unidos</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24259402</p> | <p>Cualitativo fenomenológico n= 251</p> | <p>Explorar las experiencias espirituales de trascendencia de los pacientes con cáncer avanzado.</p> | <p>135 pacientes comunicaron una experiencia espiritual, expresada por la alteración de la conciencia corporal, menos dolor, menos ansiedad, una mayor aceptación de la enfermedad / muerte, nueva identidad espiritual. Los pacientes comunicaron experiencias espirituales a través de diferentes afiliaciones / actitudes religiosas. Además, comunicaban que sus experiencias espirituales de trascendencia parecían estar asociadas con reacciones profundas y poderosas y pueden inducir una</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | | | | <p>reinterpretación de los procesos espirituales de los pacientes. Un enfoque basado en la experiencia puede mejorar el cuidado espiritual al centrarse en los procesos internos de los pacientes, incluidas las dimensiones trascendentales, lo cual puede complementar las orientaciones actuales basadas en las necesidades.</p> |
|  | <p>Mindfulness y Cáncer: Aplicación del programa MBPM de Respira Vida Breatworks en pacientes oncológicos</p> <p>Alonso Llácer L, Ramos-Campos M. 2018 España</p> <p>https://ebuah-uah-es.sabidi.urv.cat/dspace/bitstream/handle/10017/35501/mindfulness_alonso_RIECS_2018_v.203%2c_n.202.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p> | <p>Cuantitativo, descriptivo. n=22</p> | <p>Valorar la mejora del ajuste psicológico del paciente oncológico a través de la aplicación del programa de tratamiento MBPM (manejo del dolor basado en la atención plena).</p> | <p>La aplicación de este programa MBPM en pacientes oncológicos mejora el ajuste psicológico de los participantes aumentando significativamente la capacidad de atención plena; un aumento significativo de autocompasión, amabilidad y humanidad compartida; una mejoría significativa en el bienestar psicológico, aumentando el afecto positivo, satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y disminuyendo el afecto negativo; una disminución en el dolor estadísticamente significativa, así como menores interferencias del dolor en las actividades.</p> |

6. DISCUSIÓN

6.1. Dolor moral y sufrimiento

El cáncer es una enfermedad que tiene el estigma de ser una enfermedad incurable y que está estrechamente ligada con la muerte. Según Araújo, Barros y Tavares (2019) los pacientes no quieren nombrar la palabra cáncer y prefieren nombrarla como “enfermedad popular maldita”, estos también expresan que cada día tienen pérdidas como son la de la salud y la del rol social; en fin, es una pérdida de uno mismo, es volverse prisionero de un cuerpo que ya no es el suyo, porque llegan a un desconocimiento del propio yo y por ende los pacientes experimentan un duelo anticipado. (Araújo, D. Barros, L. Tavares, 2019)

Por esta razón muchos de los pacientes expresan tener sentimientos como miedo, dolor, negación, ansiedad y depresión, sufrimiento, baja autoestima. Pero también se confirma que las personas que tienen una espiritualidad-religión tienen un mejor afrontamiento de la enfermedad tal como se demuestra en el estudio de Ferreira y Miot (2017) y Meneguín et al. (2018) dicen que además de la espiritualidad y religión el afrontamiento también depende del nivel cultural que tenga el paciente, de sus valores y creencias que contribuyen además a mejorar la calidad de vida del paciente oncológico y de sus familias, sin embargo valorar la calidad de vida es difícil ya que es subjetivo y abstracto y es mucho más complicado ante un diagnóstico de cáncer, ya que con la llegada de esta enfermedad cambia toda la vida de quien lo padece y de su familia. (Ferreira, M. Miot, H. Meneguín, S. Sousa, 2017)

El artículo de Saritas y Özdemir (2018) concluye que dicho diagnóstico incrementa los niveles de ansiedad debido a los sentimientos que comienzan a surgir como la incertidumbre, la desesperanza, la culpa, la desesperación, el dolor insoportable y la constante preocupación sobre la muerte, también aumentan a medida que se van incrementando los síntomas y el hecho de sentirse inútiles y ser una carga para la familia. También Muzzatti et al. (2019) evidencia el incremento de los niveles de depresión por estas mismas causas produciendo una disminución de su funcionalidad, menor adherencia al tratamiento, tienen una mayor percepción del dolor, una reducción en la tolerancia a los efectos secundarios del tratamiento oncológico, desvinculación con su vida social, laboral,



sentimental y un aumento de las visitas a los centros sanitarios, se evidencia que los niveles de depresión varían dependiendo de la edad, el sexo y el tipo de cáncer, por esta razón el personal de salud debe enfocar sus cuidados según estas características para poder prever las diferentes situaciones por las que puede llegar a pasar el paciente y brindar unos cuidados dirigidos a las necesidades específicas de cada paciente, pues aunque se esté rodeado por la familia, amigos y personal sanitario el cáncer es una enfermedad que se vive de manera individual. (Muzzatti et al., 2018; Saritas & Özdemir, 2018)

La religión y espiritualidad ha sido un factor común beneficioso en todos los artículos estudiados para facilitar el afrontamiento de la enfermedad, aunque se evidencia que hay pacientes que reniegan de su situación de salud y de ese Dios que no está presente cuando más lo necesitan y cuando más dolor y sufrimiento tienen.

Según Renz et al. (2018) la terapia de la dignidad contribuye a que los pacientes expresen sentimientos y emociones como negación, frustración y rabia, pero también pueden llegar a la conciliación con ellos mismos y con los demás, también permite reconocer los logros obtenidos y las buenas experiencias vividas y así poder contribuir a que los pacientes consigan estar en paz. Espíndula et al. (2017) menciona que los pacientes manifestaron sentirse atormentados antes de morir, porque tenían sueños perturbadores, también relataron que tenían visiones con personas ya muertas, pero aquellos que tenían creencias religiosas o alguna espiritualidad dicen ver ángeles y sentir la presencia de su Dios dando tranquilidad para cuando llegue el llamado "juicio final".(Espíndula, A. Ribeiro, C. Scortegagna, S. Secco, A. Monteiro, 2017; Renz et al., 2018)

6.2. Dolor físico

En el ámbito físico o corporal el cáncer tiene múltiples manifestaciones, siendo el dolor la más frecuente y de mayor identificación por parte de los pacientes oncológicos, pero también existen una gran cantidad de signos y síntomas asociados tanto a la enfermedad como a los tratamientos antineoplásicos que tienen un impacto directo en la calidad de vida del paciente y en la progresión de la enfermedad por adhesión o abandono del tratamiento, además en este plano el personal de salud juega un papel muy importante, ya que es el encargado de los procesos de diagnóstico y tratamiento. En el caso de enfermería los cuidados que se brindan a los pacientes y sus familias se ven determinados por la formación



del profesional y la capacidad de generar empatía, por lo cual se hace necesaria una constante actualización y capacitación para un abordaje integral del paciente oncológico.

Según el estudio de Riveiro et al. (2017) es importante que el personal de enfermería maneje un lenguaje común para facilitar el trabajo de todos los profesionales, por eso es importante la implementación de unos diagnósticos de enfermería (NANDA), unas intervenciones (NIC) y unos resultados (NOC) (Riveiro, M. Oliveira, S. Santos, T. Oliveira, P. Bezerra, A. Barbosa, 2017). Los principales diagnósticos de enfermería en pacientes oncológicos (NANDA) son:

-*El riesgo de infección*, se asoció con factores relacionados con el tratamiento (quimioterapia, radioterapia, presencia de rutas invasivas, farmacoterapia), además de neutropenia, trombocitopenia y anemia.

-*Dominio de la comodidad*, el confort deteriorado se define como la falta percibida de sensación de confort, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social. Las características definitorias fueron: ansiedad, arrepentimiento e informe de falta de satisfacción con la situación. Los factores contemplados: efectos secundarios relacionados con el tratamiento, falta de control de la situación, síntomas relacionados con la enfermedad.

-*El dolor agudo*, relacionado con múltiples etiologías.

-*Desequilibrio nutricional*, por ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas, relacionado con dolor abdominal, pérdida de peso con ingesta adecuada de alimentos y peso corporal 20.0% o menos que ideal. Factores relacionados: capacidad deteriorada para absorber alimentos, alteración de la digestión de los alimentos, disminución de la capacidad para comer, factores biológicos.

-*La actividad/descanso y la fatiga*, relacionado con cansancio constante, mayor necesidad de descanso, falta de energía, cansancio general, debilidad, agotamiento y falta de energía, relacionada con el estrés prolongado relacionado con la anemia y desnutrición. La fatiga es común en personas con cáncer, aunque poco valorado y considerado como un efecto esperado y aceptable en individuos con neoplasia



Entre las principales intervenciones (NIC) se encuentran: control ambiental, prevención de caídas, reducción de ansiedad, musicoterapia, terapia de relajación, apoyo emocional, enseñanza de la dieta prescrita, terapia nutricional, control de energía, enseñanza del proceso de enfermedad, control del dolor y control de la infección.

Entre los principales resultados (NOC) se encuentran: prevención de caídas, estado nutricional, incremento de ingesta de alimentos con un aumento del apetito, reducción de los niveles de ansiedad, conservación de energía, tolerancia de la actividad, conocimientos sobre el proceso de enfermedad, disminución del nivel del dolor, de la incomodidad, y control de infección.

En cuanto a los síntomas, teniendo en cuenta la gran variedad que presentan los pacientes oncológicos, Nunes y Ceolim (2019) plantean en su estudio que la correcta y temprana identificación de los síntomas permite el manejo adecuado de estos para no contribuir al aumento de su intensidad y su perpetuación, incluso se puede prevenir su aparición, ya que existe una interrelación en la mayoría de ellos, evidenciada en la literatura al describirlos como racimos. En esa línea también se propone la agrupación de los síntomas que refieren los pacientes en tres grandes categorías: orgánicos y funcionales, emocionales y sueño y gastrointestinales, aclarando que a pesar de ser todos del plano físico también tienen injerencia en las esferas psicológica y espiritual. (Nunes, N. Ceolim, 2019)

Así estos autores hacen un enfoque en el sueño, teniendo en cuenta que éste se estructura en hábitos regulares, la calidad del mismo se define por la variación en características como efectividad, suplementación y desorden, lo que se ha correlacionado con un aumento en la intensidad de los síntomas, además de una mayor fragilidad en el aspecto emocional, así es preciso que el profesional de enfermería conozca las implicaciones de la mala calidad del sueño en el paciente oncológico, para tomar medidas específicas y efectivas para su mejora.

En esa línea es más que necesario hacer hincapié en el dolor, principal síntoma asociado con el cáncer, el cual es referido por los pacientes oncológicos e identificado en la mayoría de los casos por el personal de enfermería con el apoyo de las diferentes escalas para la medición del dolor como puede ser la escala EVA, así se evidencia en la investigación realizada por Stübe et al. (2015) donde dice que el dolor se manifiesta de forma verbal, pero



también en la apariencia y con expresiones faciales, por lo cual es importante valorar la queja del paciente y sus actitudes frente al dolor, ya que se convierten en elementos importantes para la planificación y ejecución de acciones adecuadas a la individualidad de cada uno, tan es así que una propuesta es catalogar el dolor como un quinto signo vital, pues es tan particular que requiere unas medidas específicas en cada caso. Esta particularidad se puede tornar compleja debido a que en algunos casos la valoración del dolor puede ser difícil, por condiciones inherentes al sujeto de cuidado, por ejemplo, una edad avanza, dificultad o ausencia del lenguaje, pérdida del sentido o la consciencia, presencia de algún tipo de trastorno mental, que además también dificultad el seguimiento de las medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas utilizadas para el manejo del dolor.(Stübe, Cruz, Benetti, Gomes, & Stumm, 2015)

Pero el manejo de los síntomas no atañe únicamente al personal de salud, también se requiere de la participación del paciente y su familia como lo exponen Lin et al.(2019) en la investigación que realizaron explorando la perspectiva de pacientes, médicos y enfermeras sobre este tema, en ella encontraron que la participación de los pacientes requería de la contribución en la interacción mutua entre estos y el personal de salud para así brindar una atención adecuada a cada paciente, pues la forma en que se experimenta el cáncer y todo lo que conlleva es particular en cada individuo, por ello es preciso el trabajo en conjunto y la cooperación entre todos los actores involucrados en la atención de la enfermedad.(Lin, C. Cohen, E. Livingston, P. Botti, 2019)

Se identificaron tres puntos esenciales para la participación de los pacientes en el control de los síntomas:

- El intercambio de información, clave para la participación del paciente, hace referencia al diálogo entre los conocimientos de pacientes que facilitarían la comunicación de los signos y síntomas que van presentando, y personal de salud, allí se tienen en cuenta los conocimientos de los profesionales que son utilizados para explicarle al paciente la enfermedad, los síntomas y el tratamiento para minimizar la angustia, facilitar la comprensión y el autocuidado y ayudar en la toma de decisiones.



- *La toma de decisiones negociada se puede lograr de varias maneras, aquí se alude a las discusiones entre médicos y pacientes para la elección de tratamiento, para ello es necesario conocer las opciones para tomar decisiones informadas, las opiniones profesionales y las preferencias de los pacientes, el objetivo es que la decisión final de tratamiento sea tomada teniendo en cuenta a los pacientes, sin menoscabar su autonomía.*
- *El autocontrol de los pacientes puede ser una forma de participación del paciente, siendo el paciente oncológico quien experimenta de primera mano la enfermedad, es responsable por su estado psicológico, además es quien tiene el control sobre la dieta y el estilo de vida que lleva, por lo cual una forma de participación es tener en óptimas condiciones estos ámbitos, además de buscar ayuda para ello cuando sea necesario, integrando al paciente para que participe en una gran variedad de actividades y no sólo en la toma de decisiones, lo que fortalece su rol y confianza.*

En el caso específico de la interacción del paciente oncológico con el personal de enfermería, que es quien brinda cuidados directos y enfocados a la calidad de vida del sujeto y su familia, el panorama es variado, ya que la atención puede realizarse en el ambiente hospitalario o domiciliario con las particularidades de cada uno, lo que hace que las dinámicas varíen en función de la formación del profesional y el enfoque mismo del área de cuidado.

La atención primaria en salud, específicamente en el caso de pacientes oncológicos y su familia busca la detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer y sus síntomas, como lo desarrollan Souza, Cazola y Oliveira (2017), esta atención en modalidad domiciliaria se soporta en dos acciones de suma importancia, las visitas domiciliarias y las citas de enfermería, en ellas se genera cercanía entre los pacientes y las familias y las enfermeras, lo cual puede impactar de modo positivo al contribuir en la disminución de síntomas físicos como fatiga, trastornos del sueño y nivel de dolor percibido, y psicológicos como tasas de depresión, estrés y angustia, lo cual se refleja en la calidad de vida y bienestar del paciente y su familia. (Souza, Cazola, & Oliveira, 2017)

Sin embargo, al indagar por los cuidados en esta modalidad el personal de enfermería manifestó que se dificulta brindar una atención de calidad al paciente y sus cuidadores o



familiares, que usualmente quedan relegados a segundo plano, ya que no existe una capacitación adecuada en salud oncológica, cuidados paliativos y políticas de atención oncológica, lo cual teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la enfermedad se hace indispensable, pues un personal debidamente cualificado puede brindar cuidados de alta calidad, algo a lo que también alude el personal de enfermería que participó en la investigación.

6.3. Terapias alternativas

En la actualidad se cuenta con un gran abanico de tratamientos para pacientes con cáncer y las terapias alternativas forman parte de éste, ya que los artículos estudiados demuestran que los pacientes presentan mejoría tanto en sus estados físicos, como mentales y espirituales. En el estudio de Thronicke et al. (2018), se define la oncología integrativa (OI) como campo de atención del cáncer centrado en el paciente e informado por la evidencia que utiliza prácticas mentales y corporales, utiliza productos naturales y/o modificaciones en el estilo de vida de diferentes tradiciones junto con los tratamientos convencionales contra el cáncer. La IO tiene como objetivo optimizar la salud, la calidad de vida y los resultados clínicos en todo proceso de atención del cáncer y capacitar a las personas para prevenir el cáncer y convertirse en participantes activos antes durante y más allá del tratamiento del cáncer.(Thronicke et al., 2018)

En este estudio se demuestra cómo mejora la calidad de vida de los pacientes que aceptan que las terapias complementarias formen parte de su tratamiento, en combinación con el tratamiento convencional. Las terapias no farmacológicas (NPI) empleadas en este estudio fueron, soporte psico-oncológico, masajes, musicoterapia, estimulación con compresas, eiritmia (terapias del movimiento armonioso para la recuperación de la salud) y fisioterapia, consultas de la vida elaborada, terapia del arte, baños terapéuticos, terapias de la respiración y terapia complementaria de muérdago (VA) (planta semi-parasitaria que crece al lado de árboles huéspedes), sus estratos son inyectados de forma subcutánea, estos han sido inyectados durante 6 años demostrando un incremento del pronóstico de vida en los pacientes que fue utilizada esta terapia.

Por medio de este estudio se comprueba que cada vez los pacientes acuden más a las terapias complementarias para que formen parte de sus tratamientos, sin importar la edad,



el sexo ni el tipo de cáncer, aunque cuando los pacientes se encuentran en etapas muy avanzadas de su enfermedad o en el caso del cáncer de pulmón no tienen la misma disponibilidad para participar en estos tipos de terapias, pero la mayoría de participantes del estudio mostraron mejoría de su estado de salud emocional, físico y espiritual, por eso es importante que médicos y enfermeras adquieran conocimientos en la IO, para poder llevar a cabo terapias de arte, mente y cuerpo, tal como se explica en el estudio de Alonso y Ramos-Campos (2018), la terapia del mindfulness en pacientes con cáncer y aplicación del programa (MBPM) de respira vida breathworks, contribuye a aliviar la ansiedad, el estrés y la depresión, mejora la interferencia del dolor y su severidad, incrementa la autoevaluación de la calidad de vida, se refleja un aumento importante en la autocompasión y la atención plena y mejoras en la calidad del sueño por medio de la conciencia plena, ya que la mente tiene la capacidad de controlar el volumen que regula tanto la intensidad del dolor, como su duración. Cuando la mente entra en las espirales negativas, a través del miedo, la tensión, los pensamientos encadenados, los recuerdos de experiencias de sufrimiento, se superponen y predisponiendo a las personas a sufrir, por esta razón el practicar el mindfulness ayuda a cerrar los canales del dolor por medio de la disolución del sufrimiento secundario. (Alonso, L. Ramos, 2018)

Otro estudio que contribuye a la confirmación de los efectos beneficiosos de las terapias alternativas es el de Toccafondi et al. (2017), donde se comprueba cómo disminuyen los niveles de ansiedad en los momentos previos, durante y después de los conciertos en vivo, ya que se demuestra que no es igual la eficiencia de la terapia si sólo se coloca una música programada a la eficiencia de los conciertos en vivo, porque los pacientes muestran más motivación al estar en contacto con los músicos, también se reflejó una mejora significativa en la comunicación entre los mismos pacientes y el personal sanitario, otro hecho importantes a destacar en este estudio es cómo en los pacientes que padecían cáncer de páncreas se evidencia una reducción significativa en el estado de ansiedad, ya que este tipo de tumor está asociado con niveles más altos de ansiedad y depresión que otras formas de cáncer. (Toccafondi et al., 2017)

Por otro lado, no se debe dejar de incluir en estas terapias la contribución que hace el tener experiencias espirituales, ya sea a través de su religiosidad, experiencias espirituales previas, la conexión con la naturaleza, circunstancias anteriores o experiencias como



pueden ser sueños o vivencias, facilitan la adquisición de mejor conciencia del cuerpo y un sentido alterado del “aquí y el ahora” según expresaron los pacientes del estudio de Renz et al. (2015), en este estudio los pacientes manifestaron experiencias espirituales de trascendencia asociadas con reacciones profundas y poderosas: físicamente (reducción del dolor y en ocasiones menos disnea), psicológicamente (menos ansiedad, mejor manejo de enfermedades, vida y muerte) y espiritualmente (identidad espiritual alterada). La ocurrencia frecuente de experiencias espirituales da esperanza en medio del sufrimiento y la angustia inmensa, es una respuesta importante para los pacientes con dolor espiritual. Al mismo tiempo, se debe considerar que hubo un notable número de experiencias espirituales angustiantes, difíciles y oscuras, porque se generan dudas y preguntas sobre la presencia de Dios en medio de tanto sufrimiento. (Renz, M. Mao, M. Omlin, A. Bueche, D. Cerny, T. Strasser, 2015)

En todos los artículos se recalca la importancia de la preparación del personal de enfermería en el conocimiento de las terapias alternativas y del reconocimiento de la espiritualidad y religión de los pacientes, para poder reducir el sufrimiento físico, espiritual, social y psicológico de los pacientes y por medio estás conseguir que los pacientes adquieran una conciencia plena de su cuerpo y mente que les facilite la reconciliación con el universo y con ellos mismos, para que sus experiencias preliminares ante la muerte no sean angustiantes y que puedan tener una vivencia ante la muerte de paz.

7. CONCLUSIÓN

Los 16 artículos estudiados, están orientados al cuidado de los pacientes oncológicos, donde se da respuesta al objetivo general de este trabajo, confirmando que los cuidados de enfermería si contribuyen a paliar el dolor oncológico

Objetivo específico: evidenciar la presencia del dolor moral y el sufrimiento en los pacientes oncológicos como una necesidad de cuidado a cargo del personal de enfermería.

- El cáncer es una enfermedad estigmatizada por la población, ya que está relacionado con el sufrimiento y la muerte.



- Factores como las creencias y valores, la cultura, la espiritualidad, la religión, las experiencias trascendentales y el apoyo familiar contribuyen a que el paciente y la familia tengan un mejor afrontamiento de la enfermedad.
- Prevalece más el dolor moral que padecen los pacientes sobre el dolor físico, ya que en sus cuidados prima más los cuidados biomédicos.
- El personal de enfermería puede realizar acciones orientadas al cuidado psicológico y espiritual del paciente con cáncer y su familia para aliviar el sufrimiento y la angustia que se experimentan por la enfermedad.
- El enfermero debe tener la capacidad de identificar en el rostro del paciente la necesidad del cuidado que requiere.

Objetivo específico: identificar los principales síntomas que presentan los pacientes oncológicos enmarcados en el dolor físico que pueden ser intervenidos por el personal de enfermería para su control o disminución.

- El dolor en el ámbito físico es experimentado por todos los pacientes oncológicos y va siempre acompañado del dolor psicológico y espiritual.
- El dolor en pacientes oncológicos es identificado, valorado y controlado por el personal de enfermería, ya que es quien realiza el cuidado directo, por ello es indispensable contar con una formación adecuada para que ese cuidado sea integral y de calidad.
- Los diagnósticos de enfermería (NANDA), las intervenciones (NIC) y los resultados (NOC), contribuyen a integrar el lenguaje de enfermería, a que los cuidados sean más concretos y enfocados en el logro de unas metas comunes entre paciente, familia y el profesional.
- Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del cáncer, es primordial contar con personal capacitado en salud oncológica y cuidados paliativos para la atención al paciente y su familia o cuidadores.



Objetivo específico: Evidenciar la utilidad y efectividad de algunas terapias alternativas empleadas en el cuidado de pacientes oncológicos.

- Los pacientes oncológicos cada vez integran más las terapias alternativas como parte de su tratamiento por el alto grado de efectividad que han demostrado.
- Las terapias alternativas permiten a los pacientes oncológicos aceptar la enfermedad, además de conectarse con el “yo” y reconciliarse con ellos mismos, a través de la práctica de la conciencia plena y los estímulos auditivos, olfativos, visuales y corporales, los cuales contribuyen a la disminución de los síntomas físicos y psicológicos.
- En otros países este tipo de terapias forman parte del tratamiento de los pacientes, acreditándolos como centros de referencia en oncología integrativa (IO)
- Es preciso que el personal de enfermería incluya las terapias alternativas en su formación para poder brindar otros tipos de cuidados.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Uno de los limitantes del estudio fue el idioma, ya que los artículos encontrados estaban principalmente en portugués e inglés.

Otro limitante fue, que el tema era cuidados de enfermería en general del cáncer y no de un solo tipo específico, esto hizo que la búsqueda fuera muy amplia en las bases datos de donde obtuve los artículos, propiciando que tuviera que invertir mucho más tiempo en la lectura de los títulos y resúmenes de los 994 artículos, de los cuales seleccioné 16 por su afinidad con el tema de este trabajo.



9. LÍNEAS FUTURAS

Reafirmándome con la frase de Cassell (2009) “los cuerpos duelen, las personas sufren”,(Cassell, 2009) esta búsqueda bibliográfica hace referencia no solo al dolor físico que padecen las personas diagnosticadas de cáncer, si no a ese dolor moral y al sufrimiento que implica el padecer esta enfermedad, que aunque solo la sufre quien la padece las personas de su entorno social también tienen un dolor y por ende también deben ser tenidos en cuenta a la hora de hacer el plan de cuidados de enfermería.

Como se menciona en este trabajo en la actualidad existe gran variedad de tratamientos para el cáncer y los efectos adversos de estos mismos, pero para tratar el dolor físico se encuentran gran variedad de guías, escalas y protocolos, pero ¿Cuál es el tratamiento idóneo para aliviar un dolor moral? Es difícil comprender algo por lo que tú no has pasado, por eso nunca se debe de minimizar las expresiones del paciente con la “enfermedad popular maldita” como muchos de los pacientes lo manifiestan.

Una de las teorías que pueden dar un buen sustento a la hora de atender las necesidades de los pacientes que padecen la enigmática enfermedad del cáncer es la *Escuela del pensamiento Humanbecoming*, ya que por su enfoque fenomenológico da una guía para comprender a los pacientes desde su ser, con sus vivencias, experiencias, conocimientos, creencias, valores, nivel adquisitivo, religiosidad, espiritualidad, por medio de la aplicación de esta se pueden garantizar unos cuidados no solo del cuerpo si no también del alma.

La enfermería es la base fundamental en los cuidados del paciente oncológico y de su familia, estamos presentes desde el momento previo al diagnóstico, en el diagnóstico y su afrontamiento y en las etapas que conlleva como dice Elisabeth Kübler-Ross negación, ira, negociación/pacto, depresión y aceptación, está presente en el tratamiento según su necesidad como puede ser cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia dirigida, inmunoterapia y terapias alternativas, el enfermero está presente también en el transcurso de su recuperación o en la etapa del final de la vida.

Por esta razón el personal de enfermería debe contar con conocimientos específicos sobre el paciente oncológico, para poder prever riesgos que pueden sufrir el paciente y su familia y evitar o disminuir el impacto de estos. Teniendo en cuenta que el cáncer es una de las



principales causas de muerte a nivel mundial, es importante que en los centros universitarios se enfatice más esta enfermedad y en sus tratamientos e incluir también conocimientos sobre las terapias alternativas (musicoterapia, mindfulness, terapia de la dignidad, eiritmia, terapias con muérdago, potenciar la espiritualidad y creencias), ya que por medio de los artículos estudiados se confirma que contribuyen beneficiosamente en el tratamiento del paciente oncológico.

En la actualidad el trabajo de enfermería esta sobrecargado y no permite al profesional dedicar el tiempo necesario para facilitar la expresión del paciente de sus sentimientos, de sus esperanzas y expectativas, si logramos esto, y obtenemos esta información podemos realizar unos cuidados orientados al “ser” y no a un número de habitación.

Antes de cuidar a otros y conocer a otros nos podríamos cuestionar lo que dice Bauman ¿Pensamos, decimos y actuamos al unísono? ¿Nos conocemos realmente a nosotros mismos? ¿Vivimos realmente lo que queremos vivir? ¿Luchamos por nuestros sueños? ¿Somos conscientes de que formamos parte de una gran familia llamada Humanidad? ¿conocemos nuestros limites, nuestra vulnerabilidad y temores? Entonces la pregunta sería *¿estamos las enfermeras preparadas para conocer el dolor de otros y para tratar no solo desde la parte biomédica y física si no esa parte espiritual del ser?*

Entonces llega el momento de atender a ese paciente con sus creencias, su bagaje y su dolor sin prejuzgarlo. Me pregunto si la enfermería puede llevar a cabo esos cuidados interpersonales a los que se hace referencia en la teoría del ser humano devenir, si están las enfermeras preparadas para poner en práctica estos cuidados, en donde la sociedad ha sido educada con una negación del dolor, de la muerte, de la frustración, estamos en sociedades liquidadas nos dice Bauman. (Barreino, 2011; Vilches, V. Barboza, V. Paravic, T. Klijn, T. Salazar, 2013).

Se aprenden muchos conocimientos en la universidad, pero es el propio bagaje, la misma vida y el camino que recorremos el que nos brinda el crecimiento personal, de diciplina y de sociedad. Pues termino el trabajo preguntándome: *¿Estamos preparadas para afrontar el dolor de los otros, si no estamos capacitadas como el resto de la humanidad para comprender el dolor propio?*



10. BIBLIOGRAFÍA

Aecc. (2018). Diagnóstico del cáncer: ¿Cómo se Detecta el Cáncer? | AECC. Retrieved October 19, 2019, from <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer/diagnostico-cancer>

Allué, M. (2004). Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, 69–79. Retrieved from <http://www.fundacionmhm.org>

Alonso, L. Ramos, M. (2018). Mindfulness y cáncer: aplicación del programa MBPM de respira vida breathworks en pacientes oncológicos. *RIECS*, 3–2, 33–45. Retrieved from www.riecs.esArticuloOriginal

Araújo, D. Barros, L. Tavares, R. (2019). Sentimientos de Pacientes en Cuidados Paliativos sobre Modificaciones Corporales Ocasionadas por el Cáncer. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003176879>

Asociación española contra el cáncer. (2018). Tipos de cirugía para tratar el cáncer | AECC. Retrieved October 20, 2019, from <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tratamientos/cirugia/tipos-cirugia>

Barreino, C. (2011). Zygmunt Bauman y la sociedad líquida. *Revista Esfinge En Reus*. Retrieved from <https://www.revistaesfinge.com/filosofia/corrientes-de-pensamiento/item/757-56zygmunt-bauman-y-la-sociedad-liquida>

Cáseres, M. Ruiz, F. Germá, J. Busques, C. (2007). *Manual para el paciente oncológico y su familia*. (S. A. Egraf, Ed.), *Manual del paciente oncológico y su familia*. Egraf, S.A.

Cassell, E. (2009). La naturalesa del sofriment i els fins de la medicina. *Annals de Medicina*, VOL. 92, N, 192–198. Retrieved from <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cB9gE39yGA8J:https://www.raco.cat/index.php/AnnalsMedicina/article/download/183030/235726+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>

Departamento de enfermería del servicio de oncología. (2012). *Guías de cuidados de*



enfermería en paciente oncológico. Hospital María Auxiliadora. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/revision3.pdf>

Díaz, P. (2016). Dolor Físico, Atención y Esquema Corporal: Consideraciones Fenomenológicas Sobre La Naturaleza del dolor. *THÉMATA. Revista de Filosofía N°*, 54, 175–190. <https://doi.org/10.12795/themata.2016.i54.09>

Espíndula, A. Ribeiro, C. Scortegagna, S. Secco, A. Monteiro, A. (2017). Terapia de la dignidad para adultos con cáncer en cuidados paliativos: reporte de un caso. *Temas Em Psicología*, 25(2), 733–747. <https://doi.org/10.9788/tp2017.2-18>

Ferreira, M. Miot, H. Meneguín, S. Sousa, M. (2017). Calidad de vida y coping religioso-espiritual en pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1857.2910>

Idáñez, Á. (2012). *Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del Dolor. Historia clínica en las Unidades de Dolor. Hospital Universitario vall d'Hebròn.* Retrieved from <https://www.academia.cat/files/425-11062-DOCUMENT/DolorAgutICronic.pdf>

Instituto catalán de oncología(ICO). (2018). 4 de febrero, Día Mundial del Cáncer. Retrieved March 18, 1901, from <http://ico.gencat.cat/es/detall/noticia/190131-Dia-Mundial-del-Cancer>

Lin, C. Cohen, E. Livingston, P. Botti, M. (2019). Percepciones de la participación del paciente en el manejo de los síntomas: un estudio cualitativo con pacientes con cáncer, médicos y enfermeras. *Journal of Advanced Nursing*, 75(2), 412–422. <https://doi.org/10.1111/jan.13853>

Martínez, L. Martínez, G. Gallego, D. Vallejo, E. Lopera, J. Vargas, N. Molina, J. (2014). Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Revista Sociedad Española Del Dolor* 2014, 338–344. Retrieved from http://http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n6/07_revision2.pdf

MedlinePlus. (2017). Tratamientos para el cáncer: MedlinePlus enciclopedia médica. Retrieved October 20, 2019, from



<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000901.htm>

Molina, M. (1990). Asistencia de enfermería al paciente con dolor - Dialnet. *Instituto Catalán de Oncología (ICO) 2018, VIII (1), 37–50*. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5301767>

Montesó, P. Rosselló, L. (2017). *Compartir experiències, combatir el dolor* (1a ed.). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Muzzatti, B., Mella, S., Bomben, F., Flaiban, C., Gipponi, K., Piccinin, M., ... Annunziata, M. A. (2018). Intensidad y prevalencia de estados depresivos en pacientes con cáncer: un estudio descriptivo de gran muestra. *European Journal of Cancer Care, 27*(1). <https://doi.org/10.1111/ecc.12542>

Nunes, N. Ceolim, M. (2019). Calidad del sueño y grupo de síntomas en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia. *Cogitare Enfermagem, 24*, 1–13. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58046>

OMS. (2018). Cáncer. Retrieved November 21, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Punte, J., & Velasco, G. (2017). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. Retrieved October 18, 2019, from <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla?start=2>

Renz, M. Mao, M. Omlin, A. Bueche, D. Cerny, T. Strasser, F. (2015). Experiencias espirituales de trascendencia en pacientes con cáncer avanzado. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 32*(2), 178–188. <https://doi.org/10.1177/1049909113512201>

Renz, M., Reichmuth, O., Bueche, D., Traichel, B., Mao, M., Cerny, T., & Strasser, F. (2018). Miedo, dolor, negación y experiencias espirituales en los procesos de muerte. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 35*(3), 478–491. <https://doi.org/10.1177/1049909117725271>



- Riveiro, M. Oliveira, S. Santos, T. Oliveira, P. Bezerra, A. Barbosa, D. (2017). Mapeamento dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de uma unidade oncológica. *Revista Enfermagem*, 25(1). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.15133>
- Rubia, J. Avila, M. (2015). Empirical Contrast of the Kubler-Ross Model of the Five Stages of Grief among Women with Cancer. *Pensamiento Psicológico*, 13(1), 7–25. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI13-1.cemc>
- Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Rev Peru Med Exp Salud Pu*, 137–141. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100026
- Sancho, M. (1998). Dolor y sufrimiento. El problema del sentido Dolor. *Sociedad Española Del Dolor*, 144–158.
- Saritas, S., & Özdemir, A. (2018). Identificación de la correlación entre la percepción de la enfermedad y el nivel de ansiedad en pacientes con cáncer. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(3), 380–385. <https://doi.org/10.1111/ppc.12265>
- Sociedad Española de Oncología Médica, S. (2019). Las cifras del cáncer en España. Retrieved November 9, 2019, from www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-epidemiologia-am-
- Souza, G. R. M. de, Cazola, L. H. de O., & Oliveira, S. M. do V. L. de. (2017). Work of family health strategy nurses in oncology care. *Escola Anna Nery*, 21(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0380>
- Stübe, M., Cruz, C. T., Benetti, E. R. R., Gomes, J. S., & Stumm, E. M. F. (2015). Percepción de los enfermeros y manejo del dolor de los pacientes oncológicos. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 19(3), 696–710. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150053>
- Thronicke, A., Oei, S. L., Merkle, A., Herbstreit, C., Lemmens, H. P., Grah, C., ... Schad, F. (2018). Atención integral del cáncer en un centro oncológico certificado de un hospital antroposófico alemán. *Complementary Therapies in Medicine*, 40, 151–157.



<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.03.012>

Toccafondi, A., Bonacchi, A., Mambrini, A., Miccinesi, G., Prosseda, R., & Cantore, M. (2017). Los conciertos en vivo reducen la ansiedad de los pacientes hospitalizados con cáncer. *European Journal of Cancer Care*, 26(6). <https://doi.org/10.1111/ecc.12590>

Treede, R. D. (2018, March 1). The International Association for the Study of Pain definition of pain: As valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain Reports*, 3(2). <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000643>

Vilches, V. Barboza, V. Paravic, T. Klijn, T. Salazar, A. (2013). La escuela de pensamiento humanbecoming: una alternativa para la práctica de la enfermería. *Ciencia y Enfermería XIX*, 2.

Vinaccia, S. (2003). El Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes con Enfermedades Crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1–8. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502003000200004