

Natalia Gallego Arenas

Immaculada Miralles Benet

**TERAPIAS INTEGRATIVAS EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE
PALIATIVO**

Revisión sistemática

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por: Sra. Susana Verdoy Cuevas

Facultad de enfermería



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

Tortosa, 24/05/2022

Agradecimientos

A nuestras familias, por el apoyo incondicional durante todo este trayecto, duro y bonito a la vez. Sin ellos este proyecto no hubiera sido posible, gracias a las dos familias por demostrar amor incondicional y creer en nosotras.

A nuestra tutora del trabajo de final de grado, Susana V., por acompañarnos y guiarnos tan bien, con paciencia y comprensión. Al principio se nos hizo un poco duro el hecho de afrontar bien el tema de estudio, con su apoyo, dedicación y directrices, hemos sabido llevarlo bien y realizarlo adecuadamente.

A todos las profesoras y profesores que hemos tenido a lo largo de toda la carrera del grado de enfermería del Campus Terres de l'Ebre, por su dedicación y vocación a nuestra profesión.

Por último, damos las gracias una a la otra, por el apoyo y compañía en este proceso, donde una no ha visto, la otra ha iluminado y viceversa.

Índice

Resumen.....	8
Abstract.....	8
1. Introducción/Justificación.....	9
2. Marco conceptual.....	10
2.1. El paciente terminal.....	10
2.2. Los cuidados paliativos.....	12
2.3. El dolor en pacientes paliativos.....	13
2.4. Escalas de valoración del dolor.....	14
2.5. Tratamientos convencionales en el control del dolor en pacientes paliativos.....	15
2.6. Técnicas integrativas y el control del dolor.....	17
3. Pregunta de investigación.....	18
4. Objetivos.....	18
4.1. General.....	18
4.2. Específicos.....	18
5. Metodología.....	18
5.1. Tipos de estudio.....	18
5.2. Estrategias de búsqueda.....	18
5.3. Descripciones MeSh y DeCS.....	19
5.4. Operadores booleanos.....	19
5.5. Criterios de selección.....	19

6. Resultados.....	20
6.1. Resultados en las bases de datos.....	20
6.2. Diagrama de flujo.....	21
6.3. Búsqueda detallada de artículos: resultados en las bases de datos.....	22
6.4. Tablas de criterios de calidad.....	34
7. Análisis/discusión.....	36
8. Conclusiones.....	38
9. Limitaciones	38
10. Líneas de futuro de investigación.....	38
11. Referencias bibliográficas.....	39

Índice de tablas

Tabla 1: Descriptores Desc y MeSH.

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 3: Estrategias de búsqueda.

Tabla 4: Tabla de resultados.

Tabla 5: Tabla de criterios de calidad de CASPe en artículos cualitativos.

Tabla 6: Tabla de criterios de calidad del Institute Joanna Brigs en artículos cuantitativos.

Índice de figuras

Figura 1: escala numérica del dolor.

Figura 2: escala analgesica de la OMS.

Lista de abreviaturas

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ECA: Enfermedades crónicas avanzadas.

AP: Atención primaria.

IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.

EC: Escala categórica.

EVA: Escala visual analógica.

EN: Escala numérica.

NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine.

OI: Oncológica integradora.

AIC: Adherencia al programa de atención integral.

CIH: Terapias de salud complementarias e integradoras.

VA: Departamento de Asuntos de Veteranos.

CIM: Medicina complementaria/integradora.

IP: Médico integrador.

NOA: Analgésicos no opioides.

CIM: Medicina complementaria e integradora.

ESAS: Escala de evaluación de síntomas de Edmonton.

CdV: Calidad de vida.

Resumen.

Introducción: Los pacientes paliativos, tienen que enfrentarse diariamente a diferentes síntomas debido a la propia enfermedad y a los efectos secundarios de los tratamientos de esta. Es el dolor el síntoma que más angustia a los pacientes y a sus familiares, es el síntoma más incapacitante.

Como parte del tratamiento convencional para el control del dolor, está la escala analgésica de la OMS y las terapias integrativas. Las terapias integrativas han demostrado tener eficacia frente al dolor en los cuidados paliativos conjuntamente con la medicina convencional y son de gran ayuda en los cuidados de enfermería, aunque es necesario nuevas líneas de investigación sobre el tema de estudio.

Objetivo: Descubrir la efectividad de las técnicas integrativas en el manejo del dolor en los pacientes paliativos.

Metodología: Se trata de una revisión de la literatura científica realizada en las bases de datos: web of science, Pubmed, Scopus y Cinahl. Los 14 artículos escogidos, se publicaron entre 2016 y 2021, redactados en inglés, español y portugués.

Resultados y discusión: Se realiza el estudio detallado de 14 artículos con metodología cualitativa, cuantitativa y mixta. Se escogieron las ideas relevantes de los 14 artículos, para detallar tres puntos: la efectividad de las técnicas integrativas en el manejo del dolor en los pacientes paliativos. Las técnicas integrativas más estudiadas en el control del dolor y posibles relación entre la aplicación de terapias integrativas y disminución de la dosis de analgésicos.

Conclusión: Las terapias integrativas han demostrado tener eficacia frente al dolor en los cuidados paliativos conjuntamente con la medicina convencional y son de gran ayuda en los cuidados de enfermería, aunque es necesario nuevas líneas de investigación sobre el tema de estudio.

Palabras claves: Control del dolor, paciente paliativo, terapias integrativas.

Abstract.

Introduction: Palliative patients have to deal daily with different symptoms due to the disease itself and the side effects of its treatments. Pain is the symptom that most anguishes patients and their families, it is the most disabling symptom.

As part of the conventional treatment for pain control, there is the who analgesic scale, although there are recent studies on the efficacy of complementary techniques in pain management in palliative patients.

Objective: To discover the effectiveness of integrative techniques in pain management in palliative patients.

Methodology: This is a review of the scientific literature carried out in the web of science, Pubmed, Scopus and Cinahl databases. The 14 articles chosen were published between 2016 and 2021, written in english, spanish and portuguese.

Results and discussion: A detailed study of 15 articles is carried out with qualitative, quantitative and mixed methodology. The relevant ideas of the 15 articles were chosen to detail three points: the effectiveness of integrative techniques in pain management in palliative patients. The most effective integrative techniques in pain control and possible relationship between applying integrative therapies and reducing the dose of analgesics.

Conclusion: Integrative therapies have been shown to be effective against pain in palliative care, although new lines of research on the subject of study are necessary.

Key words: Pain control, palliative patient, Integrative therapies.

1. Introducción/Justificación.

A lo largo del tiempo se ha afrontado la muerte del ser humano de forma distinta, desde la edad media se invitaba a los seres queridos para que pasaran los últimos momentos con el “moribundo”. Se puede considerar que el origen de los cuidados paliativos fue en la edad media en los hospicios, donde se acogía y cuidaban a los peregrinos enfermos y moribundos.

Donde se vuelve a usar el término hospicio, pero esta vez vinculado con el cuidado del moribundo fue en Francia, en 1842 Jeanne Garnier fundó los llamados hospicios o calvarios. Hay que destacar, que hubo un movimiento de hospicios modernos con la fundación Christopher’s hospice en Londres en el 1967, donde se vio un buen control de síntomas, comunicación y acompañamiento emocional, social y de sus familias.¹

En España, no fue hasta los años 80 que algunos profesionales cambiaron el paradigma de la atención paliativa a enfermos crónicos o terminales. Los cuidados paliativos son importantes tanto por razones demográficas, epidemiológicas y sociales como es por el aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas, la morbi-mortalidad del cáncer,

atención inadecuada de los pacientes terminales y sensibilización social por una muerte digna y alivio del sufrimiento en el paciente terminal.^(2,3)

Los pacientes oncológicos ya sea en su etapa inicial como en la paliativa padecen de náuseas, vómitos y dolor entre otros síntomas, siendo este último el que más les angustia y es catalogado como el síntoma más importante e incapacitante. Estos síntomas pueden ser debidos a los efectos secundarios de los tratamientos o por la propia enfermedad. Enfermería como profesional sanitario implicado en el cuidado del paciente puede optimizar y mejorar la calidad del paciente brindándole alternativas como las terapias integrativas.^(4,5)

Existen diversas técnicas integrativas utilizadas como herramientas para controlar el dolor y que no son contempladas por la medicina convencional, además abordan el problema desde una visión integral teniendo en cuenta los elementos físicos, psicológicos, culturales y emocionales.⁶

Se ha elegido el tema de estudio, por ser el dolor el síntoma que más angustia al paciente y familia y ser catalogado como el más importante e incapacitante, de esta manera poder conocer más sobre él y su control. Revisando los tratamientos del dolor y métodos de control podemos, como enfermeras, mejorar la etapa final de la vida de una persona.

2. Marco conceptual.

2.1. El paciente terminal.

La fase terminal es la suma de los acontecimientos previos a la muerte, que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones, a consecuencia de una enfermedad que no responde a los tratamientos específicos. Estos fenómenos están comprendidos dentro de un periodo aproximado y no superior a seis meses de vida, progresando de forma irreversible hasta la muerte. En los últimos días u horas de vida, los enfermos requieren atención especializada en forma continua que puede ser proporcionada por los familiares o el equipo sanitario, en casa u hospital.

La fase pre-mortem, es un estado donde el agotamiento fisiológico es total, va aumentando de forma imparable hacia la muerte de la persona, esta situación suele presentarse los últimos días.⁷

A medida que una persona se acerca a la muerte, su cuerpo se empieza a “apagar”, esto puede durar desde unos pocos días hasta un par de semanas.

Son diversos los efectos que la persona puede experimentar en la etapa final de la vida:

- Tener menos dolor.
- Tener dificultad para tragar.
- Tener visión borrosa.
- Tener problemas de audición.
- No ser capaz de pensar o recordar claramente.
- Comer o beber menos.
- Perder el control de la orina o las heces.
- Oír o ver algo y creer que es algo más.
- Hablar con personas que no están en la habitación o que ya no viven.
- Hablar respecto a irse para un viaje o partir.
- Hablar menos.
- Quejarse.
- Tener las manos, los brazos, los pies o las piernas frías.
- Tener la nariz, la boca, los dedos de las manos o de los pies morados o grises.
- Dormir más.
- Toser más.
- Tener la respiración que suena húmeda, o con sonidos burbujeantes.
- Tener cambios de respiración: la respiración puede detenerse por un momento, luego continuar con varias respiraciones rápidas y profundas.
- Dejar de reaccionar al tacto o a los sonidos o entrar en coma.⁸

Existen unos derechos para las personas ante el proceso de la muerte:

- Derecho a la información asistencial.
- Derecho a la confidencialidad.
- Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.
- Derecho a otorgar el documento de instrucciones previas.
- Derecho a un trato digno.
- Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.
- Derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales y al tratamiento del dolor.
- Derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos integrales y a la elección del domicilio para recibirlos. Consentimiento de las personas menores de edad.
- Derecho al acompañamiento.⁹

2.2. Los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos es el cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapias curativas. Estos cuidados están fundamentados en el alivio del dolor y otros síntomas que lo acompañan, así como la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.¹

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de la vida de los pacientes con enfermedades crónicas, manteniendo el máximo confort y autonomía para la satisfacción de sus necesidades hasta el final de la vida, mejorando tanto la del paciente como la de sus familiares.¹⁰

En los países desarrollados, el 75% de las personas morirán a causa de una o varias enfermedades crónicas progresivas, debido a esta proyección, la OMS insistió a los países a diseñar estrategias para fortalecer los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral.

En 2014, se hizo un estudio poblacional sobre la prevalencia de este tipo de personas por primera vez en Catalunya. Se empleó el instrumento, Necesidades Paliativas del Centro Colaborador de la OMS -Instituto Catalán de Oncología (NECPAL CCOMS-ICO®). El estudio consistió en una evaluación cualicuantitativa, multifactorial indicativa y no dicotómica que completa el médico tratante y el enfermero a cargo del paciente. El objetivo es el de descubrir individuos con enfermedades crónicas, introduciendo técnicas paliativas. La medicación directa de la prevalencia con enfermedades crónicas avanzadas (ECA) y ayudas de AP en Catalunya, fue 1 '5% de la población.¹¹

Recibir cuidados paliativos no implica que el paciente esté cercano a la muerte, estas atenciones se prestan también a pacientes con enfermedades complejas o de etapa avanzada. Las principales enfermedades que abarcan los cuidados paliativos son:

1. Cáncer.
2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
3. Enfermedades cardiovasculares avanzadas.
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
5. Enfermedad renal crónica (Insuficiencia renal crónica terminal).

6. Enfermedades neurológicas avanzadas o que no tienen tratamiento.¹²

Para los objetivos de los cuidados paliativos y calidad de vida, los profesionales sanitarios en muchas ocasiones, se ven obligados a utilizar numerosos fármacos con el fin de controlar y aliviar la sintomatología caracterizada por la enfermedad crónica, pudiendo de esta manera provocar efectos secundarios no deseados.¹⁰

2.3. El dolor en pacientes paliativos.

El dolor no es el único síntoma en los pacientes paliativos, pero es el que más angustia genera en los pacientes y familia y es catalogado como el síntoma más importante e incapacitante, por esta razón es prioritario abordarlo de una forma eficaz y precoz, al tratarlo se evitan numerosas alteraciones orgánicas y psicológicas.

En 1973 en Washington, se celebra la primera reunión de especialistas sobre el dolor y se crea la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), la cual define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial, o descrita en términos de la misma. El dolor es un fenómeno con un importante componente subjetivo por las emociones que se producen durante su percepción.

Tipos de dolor:

Según la duración del dolor, se clasifica como:

1. **Agudo:** indica que existe una lesión en los tejidos del organismo tras la activación de mecanismos nociceptivos. Su duración por lo general es entre uno y tres meses. Tiene un comienzo definido y una causa reconocible. El tratamiento suele ser etiológico y de escasa dificultad.
2. **Crónico:** constituye por sí mismo una entidad nosológica, su cronificación disminuye el umbral de excitación y produce modificaciones psíquicas que dan lugar a la "fijación del dolor". Su tratamiento debe incluir tres perspectivas: farmacológica, psicológica y rehabilitadora. Este tipo de dolor persiste entre tres y seis meses o más. La causa habitualmente no se identifica, el comienzo es indefinido y no existe relación entre el estímulo y la intensidad algica y el dolor interrumpido.

Según la fisiopatología del dolor, se clasifica como:

1. **Dolor nociceptivo:** que puede ser somático (cuando se estimulan los receptores del dolor específicos en los tejidos cutáneos y conjuntivos profundos) y visceral (se

produce por la lesión, distensión, obstrucción o inflamación de órganos torácicos, abdominales o pélvicos).

2. **Dolor neuropático:** causado por la lesión o la destrucción de los nervios localizados en el sistema nervioso periférico o central, de características intensas y de difícil control.
3. **Dolor mixto:** con características de ambos grupos. La mayoría de los pacientes presentan dos o más tipos de dolor pudiendo ser de distinta patogenia (nociceptivo, neuropático, etc.), pudiendo ser agudo o crónico, y de distinta etiología.¹³

Según la etiología del dolor, se clasifica como:

1. **Dolor oncológico:** el dolor oncológico es un síntoma complejo, que cambia a lo largo del tiempo y es el resultado final de mecanismos inflamatorios, neuropáticos, isquémicos y compresivos en diversos lugares.
2. **Dolor no oncológico:** conocido también como dolor no maligno o benigno, incluye todos aquellos dolores que no son secundarios a un proceso oncológico o a sus tratamientos.

Según la intensidad del dolor, se clasifica como:

1. **Leve:** se puede realizar actividades habituales.
2. **Moderado:** interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.
3. **Severo:** interfiere con el descanso. Precisa tratamiento con opioides mayores.¹⁴

2.4. Escalas de valoración del dolor.

Definir y evaluar el dolor es complejo debido a que se trata de una experiencia individual y subjetiva, por ello no existe método científico que lo haga medible. Esta dificultad para evaluarlo, hace que se recurra a instrumentos que son fácilmente comprensible por el paciente y que demuestran fiabilidad y validez. Junto con la información que proporciona la historia clínica, se recurre a las escalas de valoración para evaluar la intensidad del dolor.

Las escalas para la valoración del dolor son: escala categórica (EC), escala visual analógica de intensidad, escala visual analógica de mejora, escala analógica visual (EVA) y la más sencilla y utilizada, la escala numérica (EN).

Escala numérica (EN): es una escala numerada del 1 al 10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad del dolor. El paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma; 0= sin dolor, 10= máximo dolor.¹⁵

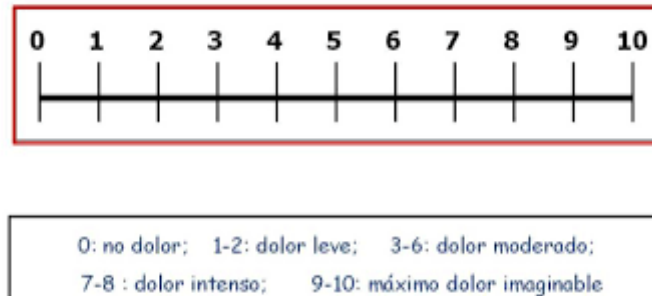


Figura 1: escala numérica del dolor.

2.5. Tratamientos convencionales en el control del dolor en pacientes paliativos.

El tratamiento del dolor siempre tiene que ser una prioridad. El objetivo del tratamiento farmacológico debe perseguir el control del síntoma o su alivio, entendiendo por control su desaparición, y por su alivio la mejoría en la percepción del mismo.¹³

Para tratar el dolor correctamente, se empieza con un examen integral del mismo y también de las consecuencias de la situación funcional del individuo. Como parte del tratamiento convencional, se encuentra la aplicación de las distintas escalas del dolor así como la aplicación de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁶

La OMS publicó en 1986 en Ginebra una estrategia terapéutica para el control del dolor oncológico, documento conocido como Escala analgésica de la OMS, la cual ha ido evolucionando con el paso de los años.⁵

El método escalonado de la OMS para aliviar el dolor, es una manera simple, poco costosa y efectiva para controlar el dolor oncológico y que puede otorgar alivio del dolor del 75 al 90% de los pacientes con cáncer. Su aplicación se basa más en la intensidad del dolor que en el mecanismo subyacente o el estadio de la enfermedad y puede ser resumido en cinco apartados:

Vía administración: Siempre que sea posible hay que administrar los analgésicos vía oral, teniendo presente vías alternativas en circunstancias especiales tales como disfagia, vómitos incoercibles, etc.

Hora: Los analgésicos deben ser administrados en intervalos regulares de tiempo y de acuerdo a sus características farmacológicas, para evitar períodos sin o con menor actividad antiálgica.

En forma escalonada: En el primer escalón, se incluyen los medicamentos no opioides. En el segundo escalón, se incluyen opioides débiles si el dolor es persistente. El último escalón se sustituye el opioide débil por otro que controle el dolor moderado o severo.

Dosis: la dosis adecuada es aquella que suprime el dolor con los mínimos efectos colaterales. Considerar la respuesta pasada a determinado opioide por parte del paciente o el efecto techo de alguno de ellos.

Detalles: El régimen analgésico debe ser perfilado cuidadosamente al paciente y monitorizado en el tiempo. Administrar la medicación correcta, y el medicamento por la vía correcta, en la dosis e intervalo correctos. Prevenir el dolor continuo y el irruptivo, dar seguimiento a los efectos colaterales y aquellos no deseados.

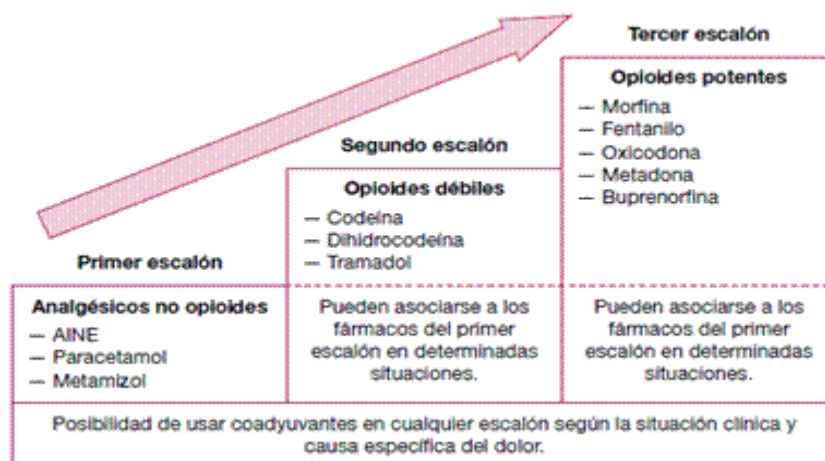


Figura 2: Escala analgésica de la oms.

La escala de la OMS permite identificar las necesidades del individuo.

De ésta forma es muy importante seguir el esquema, pero con la debida flexibilidad según las características del paciente y la respuesta al tratamiento. Es decir, en un paciente con dolor importante, EVA > 6/10, el sentido común indica que se debe tratar de entrada con opioides de la escala 2 o 3.¹⁷

2.6. Técnicas integrativas y control del dolor.

Existen diversas técnicas integrativas como herramientas para controlar el dolor y que no son contempladas por la medicina convencional, además abordan el problema desde una visión integral teniendo en cuenta los elementos físicos, psicológicos, culturales y emocionales.¹⁸

Hay una gran heterogeneidad de terapias complementarias o alternativas, ya que no existe una regularización global occidental para su clasificación. El ministerio de sanidad, Política Social e igualdad pública de España, identificó y analizó 139 técnicas alternativas, las cuales solo una pequeña parte influyen en la salud de la persona, las otras aportan mayoritariamente bienestar general.

Para poder clasificarlas el ministerio Español las clasifica basándose en la escala modificada de National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los EEUU de América, esta las clasifica en 5 áreas:

1. Sistemas integrales o completos (homeopatía, medicina naturista, naturopatía, medicina tradicional china, acupuntura, ayurveda).
2. Prácticas biológicas (fitoterapia, terapia nutricional, tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas).
3. Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo (osteopatía, quiropraxia, quiromasaje, drenaje linfático, reflexología, shiatsu, sotai, aromaterapia).
4. Técnicas de la mente y el cuerpo (yoga, meditación, kinesiología, hipnoterapia, sofronización, musicoterapia, arteterapia y otras).
5. Técnicas sobre la base de la energía (Qi-Gong o Chi-kung, Reiki, terapia floral, terapia biomagnética o con campos magnéticos).¹⁹

3. Pregunta de investigación.

- ¿Son efectivas las terapias integrativas en el control del dolor en el paciente paliativo?

4. Objetivos.

4.1. General.

1. Conocer la efectividad de las terapias integrativas en el control del dolor en pacientes paliativos.

4.2. Específicos.

1. Conocer las diferentes terapias integrativas para poder introducirlas en los cuidados paliativos tradicionales como enfermeras.
2. Estudiar si hay relación entre las terapias integrativas y la dosis de analgesicos.

5. Metodología.

5.1. Tipo de estudio.

El presente trabajo trata de una revisión de la literatura basada en la evidencia científica que existe actualmente para dar respuesta a la pregunta de investigación formulada. Se siguieron las directrices de búsqueda según la Declaración PRISMA.²⁰

Se ha llevado a cabo mediante la revisión sistemática de artículos cualitativos entre el 2016 y el 2021, que tratan sobre el tema de estudio por las diferentes fuentes de investigación.

5.2. Estrategias de búsqueda.

En la búsqueda y recopilación de los artículos se utilizaron las siguientes bases de datos: web of science, Pubmed, Scopus y Cinahl, además de otras fuentes a través de búsqueda manual. Se utilizaron las palabras clave (Tabla 1), y el operador booleano "AND". (punto 5.4.)

5.3. Descripciones MeSh y DeCS.

Para realizar la estrategia de búsqueda, se han utilizado los siguientes descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y de los Medical Subject Headings (MeSH). (Tabla 1).

MeSh	DeCS
Pain control	Control del dolor
Palliative patient	Paciente paliativo
Integrative therapies	Terapias integrativas

Tabla 1: Descriptores MeSH y DeCS.

Fuente: Elaboración propia.

5.4. Operadores booleanos.

Se ha empleado el operador booleano “AND” cuya finalidad era, entre términos de búsqueda imponer o exigir una relación. “AND” ha sido utilizado cuando era de gran interés, que el resultado incluyera de manera obligatoria los dos elementos.

5.5. Criterios de selección.

Previamente al inicio de la búsqueda bibliográfica se establecieron los criterios de inclusión y exclusión, con la finalidad de priorizar los artículos que más se ajustaban al tema de estudio.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Artículos originales publicados entre los años 2016 y 2021 (ambos incluidos), de ámbito nacional e internacional.• Idiomas: trabajos publicados en inglés, español y portugués.• Especie: humana.	<ul style="list-style-type: none">• Artículos publicados con fecha anterior a 5 años.• Revistas no científicas, revisiones narrativas, folletos, estudios a propósito de un caso y considerados literatura gris.

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión.

Fuente: Elaboración propia.

6.Resultados.

6.1. Resultados en las bases de datos.

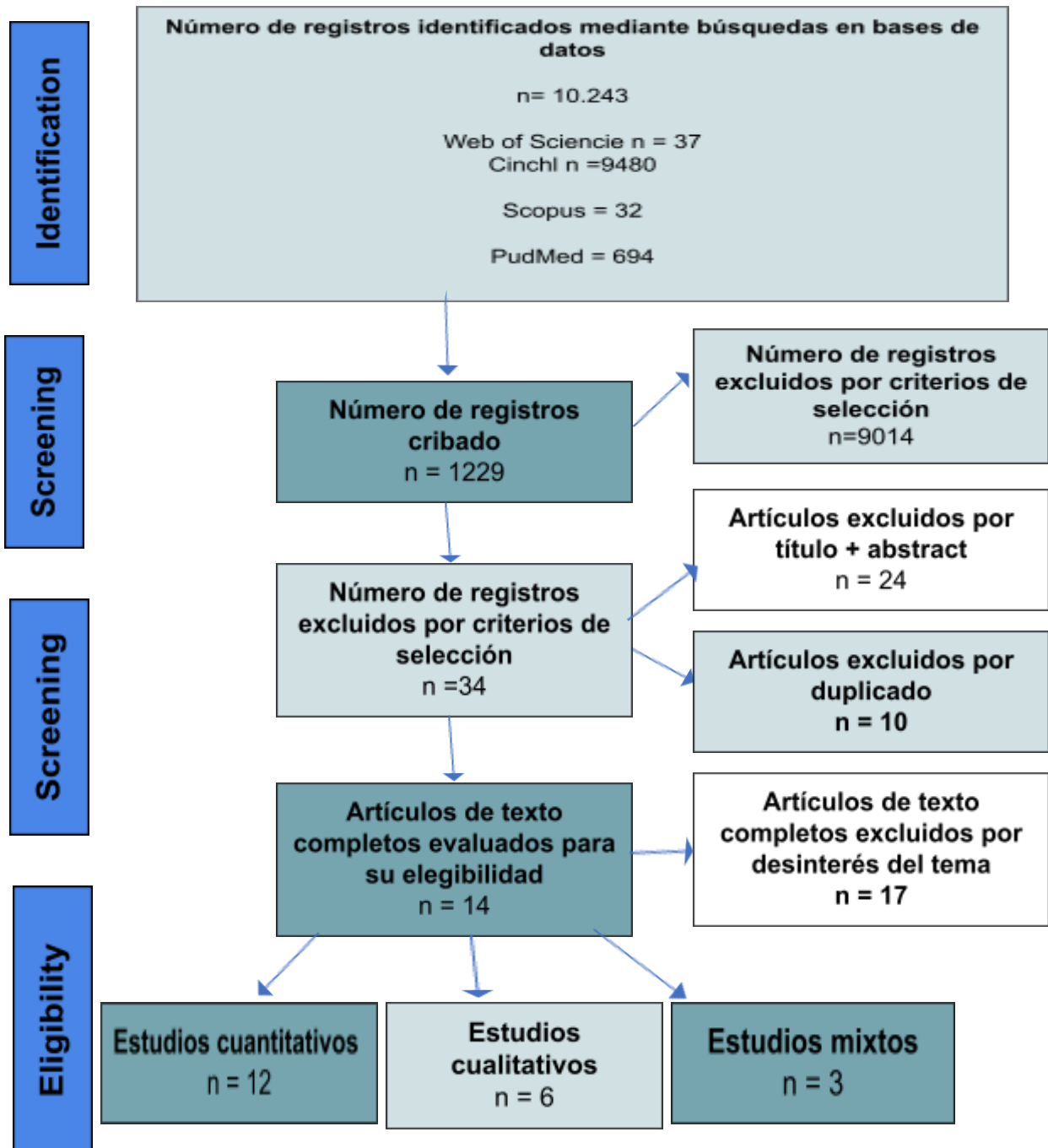
Base de datos	Términos de búsqueda	Nº de artículos	Nº de artículos + criterios de inclusión/exclusión	Nº artículos seleccionados	Nº artículos escogidos
web of science	Pain control AND palliative patient AND integrative therapies	37	23	5	2
Cinahl	Pain control AND palliative patient AND integrative therapies	9480	1010	15	6
Scopus	Pain And control AND palliative And patient AND integrative And therapies	32	15	3	3
PubMed	Pain control AND palliative patient AND integrative therapies	694	181	11	3

Tabla 3: Estrategias de búsqueda. **Fuente:** Elaboración propia.

6.2. Diagrama de flujo.



PRISMA 2009 Flow Diagram



6.3. Búsqueda detallada de artículos: resultados en las bases de datos.

Título	Autor, año, país.	Tipo de estudio	Objetivos	Resultado	Conclusión
Impact of a combined integrative oncology and palliative care program on quality of life of patients with advanced cancer. ²¹	Ben-Arye E, Yakubov Y, Samuels N, Gressel O, Yosipovich A, Schiff E, et al. Israel 2021	Estudio cuantitativo prospectivo. (n=225)	El objetivo del estudio fue examinar el impacto que produjo el programa combinado de oncología integrativa (IO) y cuidados paliativos en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado.	Se realizó el estudio con una muestra de 225 pacientes con cáncer avanzado, evaluados al inicio y programados para tratamientos IO semanales. Estos se dividieron en alta adherencia a la atención integral (AIC), AIC alto, moderado y bajo. En las mujeres, solo los pacientes con AIC alto mostraron mejores puntajes de dolor. Además los AIC altos, fueron los usuarios que menos usaron los opioides, aunque la cantidad de recetas de opioides fue similar en los tres grupos de estudio.	Los AIC altos mejoraron en general, tanto, social, cognitivamente y físicamente, además se redujo el uso de los opioides. Es necesario futuras investigaciones para entender mejor el modelo de atención paliativo-IO colaborativo y su uso en otros entornos de atención.

<p>Aromatherapy improves nausea, pain, and mood for patients receiving pediatric palliative care symptom-based consults: A pilot design trial.²²</p>	<p>Weaver M.S,Robinson, Wichman C. Estados Unidos 2020</p>	<p>Estudio cuantitativo prospectivo. (n=180)</p>	<p>El objetivo de este estudio es medir el impacto de la aromaterapia utilizando escalas validadas de náuseas, dolor y estado de ánimo informadas por niños, minutos y minutos después de la exposición a la aromaterapia.</p>	<p>A partir de 180 menores divididos en grupo control y estudio y estos subdivididos por náuseas, ánimo y dolor. Después de realizar la aromaterapia con respiración profunda, se observó una mejora en la escala de náuseas, en la escala de dolor y en la escala de estado de ánimo. Las imágenes visuales con respiración profunda mejoraron los síntomas, pero no se mantuvieron tan consistentemente a los 60 minutos a diferencia de la aromaterapia.</p>	<p>La aromaterapia mejoró las náuseas, el dolor, y sentimientos de los participantes. La aromaterapia asociada con respiración profunda tiene potencial para producir beneficio terapéutico y disminuir la necesidad de intervenciones farmacéuticas para los niños. Hace falta más investigaciones sobre los beneficios de la aromaterapia entre las poblaciones pediátricas.</p>
<p>Perceptions of other integrative health therapies by veterans with pain receiving massage.²³</p>	<p>Fletcher CE. Reino Unido 2016</p>	<p>Estudio Mixto (Cuantitativo y cualitativo) (n=50)</p>	<p>El objetivo del presente estudio es la promoción de una colaboración entre un hospital que no pertenece al</p>	<p>Se realizó entrevistas a 30 pacientes de los cuales 8 tomaban cuidados paliativos, todos recibían CIH</p>	<p>La terapias de salud complementarias e integradoras, como el masaje terapéutico, proporciona una forma</p>

			<p>departamento de asuntos de veteranos (VA) con un programa extenso de terapias de salud complementarias e integradoras (CIH) y un hospital de VA con el propósito de promover CIH en el sitio VA. Además de indagar en las experiencias, el conocimiento y las opiniones de veteranos que reciben terapia de masajes en una gran instalación de VA.</p>	<p>en VA. Los participantes recibían o habían recibido masajes terapéuticos en el VA como tratamiento para el dolor crónico o como parte de sus cuidados. El masaje fue bien acogido y se obtuvo una disminución del dolor, una mayor movilidad y una disminución del uso de opioides.</p>	<p>complementaria de tratamiento que puede reducir el uso de opioides.</p>
<p>Impact of a complementary/integrative medicine program on the need for support medications related to cancer care.²⁴</p>	<p>Shalom-Sharabi I, Samuels N, Lev E, Lavie O, Keinan-Boker L, Schiff E, et al. Alemania 2017</p>	<p>Estudio Cuantitativo prospectivo (n=205)</p>	<p>Examinar el impacto de medicina complementaria/integrativa en la cual se usaban terapias como tratamientos de medicina tradicional como musicoterapia entre otras (CIM) en la necesidad de medicamentos de apoyo relacionados con la atención del cáncer.</p>	<p>Los participantes asistieron a la consulta del médico integrador (IP) y tratamientos semanales de medicina complementaria/integradora, de estos un grupo más pequeño estaban adheridos al programa (subgrupo AIC) y otros no realizaban consulta</p>	<p>Una intervención CIM orientada al paciente puede reducir la necesidad de medicamentos de apoyo para el tratamiento del cáncer, en particular analgésicos no opioides y ansiolíticos.</p>

				<p>IP (grupo control). Se encontró una mayor disminución en el uso de analgésicos no opioides (NOA) en el grupo de tratamiento, más aún en el subgrupo AIC.</p> <p>La reducción del uso de NOA en el grupo de tratamiento redujo el costo de la atención de apoyo. Había una tendencia a reducir el uso de NOA entre los pacientes tratados, con dosis de NOA más bajas que los controles.</p>	
<p>Integration of massage in oncology nursing care: an Italian pilot study.²⁵</p>	<p>Luca E, Galicio M, Resta D, Papaleo L.</p> <p>Italia</p> <p>2020</p>	<p>Estudio mixto (Cualitativo y Cuantitativo).</p> <p>(n=48).</p>	<p>Evaluar y apoyar el plan de implementación del masaje usado en el estudio.</p>	<p>Durante un periodo de 4 meses se realizó la investigación, muestra de 48 personas realizando cuestionarios de impacto de la terapia y cuestionarios para pacientes y enfermeras que realizaban los</p>	<p>Esta investigación servirá para tener en cuenta la integración del masaje realizado por enfermeras en la práctica asistencial. Los resultados del presente estudio podrían servir para futuras investigaciones a modo de reflexión.</p>

				<p>masajes, las cuales recopilan información antes y después de cada sesión de masaje.</p> <p>Se observó una reducción de síntomas como alivio, menos ansiedad, y dolor.</p>	
<p>Quality of life-related outcomes from a patient-tailored integrative medicine program: experience of Russian-speaking patients with cancer in Israel.²⁶</p>	<p>Sharabi I, Levin A. Alemania 2016</p>	<p>Estudio Cualitativo y cuantitativo prospectivo. (n=121)</p>	<p>Investigar el impacto de la medicina complementaria e integradora (CIM) en los resultados relacionados con la calidad de vida entre los pacientes de cáncer de habla rusa.</p>	<p>Los pacientes del grupo de estudio hicieron evaluaciones en IP y tratamientos en un programa de CIM que incluye acupuntura, reflexología, Shiatsu entre otras. El grupo control recibió quimioterapia y atención de apoyo estándar. Los pacientes tratados con CIM hallaron puntuaciones positivas para la fatiga, depresión, apetito y otros aspectos. En cambio, no se vio cambios</p>	<p>Un programa de tratamiento de la CIM adaptado al paciente puede mejorar los resultados relacionados con la escala de estado de salud global entre los pacientes con cáncer en tratamiento de quimioterapia.</p>

				significativos en el dolor.	
The effects of yoga, massage and reiki on patient well-being in a cancer resource center. ²⁷	Rosenbaum MS, Van de Velde J. Estados Unidos 2016	Estudio cuantitativo. (n=150)	Se investiga los efectos de las terapias servidas a los pacientes, las cuales fueron yoga, masajes y reiki en un centro de recursos sobre el cáncer.	Durante 6 meses los participantes todos diagnosticados con cáncer, participaron en servicios de yoga, masajes o reiki 50 participantes respectivamente. Se les entregó un cuestionario para completarlo antes y después de participar en uno de los tres servicios. Se halló que el dolor antes de la terapia y después de la terapia difirió en los tres tipos de terapia. El Reiki fue el que más disminuyó el dolor en comparación con las otras dos terapias.	Las tres terapias integradoras del estudio representan métodos no invasivos, no médicos y rentables que contribuyen a la calidad de vida percibida de los pacientes con cáncer, por lo que se debe incentivar a la participación de pacientes con cáncer en otras terapias de cuidados paliativos como el Reiki que ayudó a disminuir el dolor en este estudio.
Effects of an Integrative Nursing Intervention on Pain in Critically Ill Patients: A Pilot Clinical Trial. American	Papathanassoglou EDE, Hadjibalassi M, Miltiadous P, Lambrinou E, Papastavrou E,	Estudio Cuantitativo (n=60)	Estudiar las medidas del efecto de una intervención integradora multimodal sobre la incidencia del	A partir de una muestra de 60 adultos críticos. Como intervención al grupo de estudio se	La intervención integradora multimodal puede ser efectiva para reducir el dolor y mejorar el

<p>Journal of Critical Care.²⁸</p>	<p>Paikousis L, et al. Estados Unidos 2018</p>		<p>dolor (resultado primario) y varios resultados secundarios: intensidad del dolor, índices hemodinámicos, resultados psicológicos, calidad del sueño, complicaciones, mortalidad del paciente y dosis de analgésicos diarios</p>	<p>le realizó terapias de relajación, imágenes guiadas, masaje de presión moderada y escuchar música. El grupo de intervención experimentó disminuciones en la incidencia del dolor, en comparación al grupo control que no recibió las terapias. A pesar de una tendencia de disminución del uso de analgésicos no opioides en el grupo de intervención, con el tiempo, los analgésicos opioides permanecieron constantes en ambos grupos.</p>	<p>dolor en pacientes críticos.</p>
<p>The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a</p>	<p>Brugnoli M, Pesce G., Pasín E, Basile M, Tamburín S, Polati E. Italia 2017</p>	<p>Estudio cuantitativo prospectivo. (n=50)</p>	<p>Evaluar si una intervención a largo plazo de 2 años con hipnosis clínica y autohipnosis como terapia adyuvante en el dolor crónico y la ansiedad, es más efectiva que la terapia</p>	<p>La puntuación EVA al inicio del estudio fue similar tanto en el grupo de hipnosis como en el grupo control. El valor promedio de EVA para los dos grupos, fue disminuyendo</p>	<p>La hipnosis clínica puede considerarse una terapia adyuvante eficaz para el control del dolor y la ansiedad en el cáncer, así como en enfermedades</p>

<p>nonrandomized clinical trial.²⁹</p>			<p>farmacológica sola.</p>	<p>progresivamente durante los 2 años del estudio. El análisis de varianza indicó que la disminución del dolor percibido fue más significativa en los pacientes del grupo de hipnosis que en el grupo de control.</p>	<p>crónicas graves para pacientes que reciben cuidados paliativos.</p>
<p>Outpatient acupuncture effects on patient self-reported symptoms in oncology care: a retrospective analysis.³⁰</p>	<p>Lopez G, Garcia MK, Liu W, Spano M, Underwood S, Dibaj SS, et al. Madrid 2018</p>	<p>Estudio cuantitativo. (n=375)</p>	<p>Desarrollar un plan de tratamiento oncológico integrador que puede incluir la derivación a servicios clínicos adicionales como acupuntura, masajes, nutrición, fisioterapia y/o psicología de la salud.</p>	<p>Se observó una mejoría estadísticamente significativa para todos los síntomas y subescalas del ESAS para el tratamiento inicial de acupuntura. Las tasas de respuesta clínica durante el seguimiento fueron más altas para los síntomas de dolor espiritual, sequedad de boca y náuseas.</p>	<p>La acupuntura ambulatoria se asoció con una mejoría significativa inmediata y longitudinal en una variedad de síntomas experimentados, entre ellos el dolor, por las personas durante la atención del cáncer. Se necesita más investigación para comprender mejor la frecuencia de los tratamientos necesarios en la práctica clínica para ayudar a mantener el beneficio.</p>

<p>The perceptions and experiences of osteopathic treatment among cancer patients in palliative care: a qualitative study.³¹</p>	<p>Acero A, Tricou C, Monsarrat T, Ruer M, Deslandes C, Sisoix C. et al. Francia 2018</p>	<p>Estudio cualitativo (n=16)</p>	<p>Explorar las percepciones y experiencias de los pacientes con cáncer que reciben tratamiento osteopático como terapia complementaria cuando se usa además del tratamiento convencional para el dolor del cáncer.</p>	<p>Se observó una baja conciencia de la osteopatía entre la población y un alto nivel de conceptos erróneos. Los participantes describieron que los tratamientos osteopáticos ayudan con una variedad de problemas de salud relacionados con el cáncer, como dolor, fatiga y problemas para dormir.</p>	<p>Los hallazgos de este estudio sugieren que, cuando se brinda junto con la atención médica existente, la osteopatía puede tener beneficios para la salud de los pacientes con afecciones complejas como el cáncer. Los participantes describieron que los tratamientos osteopáticos ayudan con el dolor entre otros síntomas.</p>
<p>The effects of guided imagery and hand massage on wellbeing and pain in palliative care: Evaluation of a pilot study.³²</p>	<p>Corpora M, Liggett E, Leone AF Estados Unidos 2021</p>	<p>Estudio cuantitativo. (n=20)</p>	<p>Medir el efecto de las imágenes guiadas y el masaje de manos en el bienestar y el dolor autoevaluados para los pacientes de cuidados paliativos.</p>	<p>La intervención provocó una mejora estadísticamente significativa en los niveles autoinformados de bienestar. Los comentarios de los participantes mostraron que la intervención fue útil y relajante.</p>	<p>La intervención tuvo un efecto positivo inmediato sobre el bienestar y el dolor entre los pacientes de cuidados paliativos. Las imágenes guiadas y el masaje de manos deben estudiarse más a fondo en el entorno de cuidados paliativos.</p>

<p>The effects of inpatient music therapy on self-reported symptoms at an academic cancer center: a preliminary report.³³</p>	<p>Lopez G, Christie A, Powers-James C, Bae M, Dibaj S, Gomez T. et al. Alemania 2019</p>	<p>Estudio cuantitativo retrospectivo. (n= 100)</p>	<p>Explorar los efectos de la musicoterapia, en los síntomas autoinformados de los pacientes que reciben atención hospitalaria en un centro oncológico integral.</p>	<p>Los datos fueron evaluables para 96 de 100 pacientes. El 55 % eran mujeres, con una edad promedio de 50 años y la mayoría con neoplasias hematológicas. Los motivos para derivar a musicoterapia incluyeron ansiedad/estrés, trastorno de adaptación/afrentamiento y elevación del estado de ánimo/depresión. Los peores síntomas al inicio del estudio fueron trastornos del sueño y malestar. Se observó una mejoría estadística y clínicamente significativa para la ansiedad, somnolencia, depresión, náuseas, fatiga, dolor, dificultad para respirar, apetito y para todas las</p>	<p>Una única intervención de musicoterapia personalizada en un servicio de consulta de oncología integradora para pacientes hospitalizados, contribuyó a la mejora significativa en la angustia global, física (dolor) y psicosocial. Se ha descubierto que mejora la calidad de vida, disminuye la percepción del dolor, promueve la autoexpresión y brinda apoyo espiritual.</p>
--	---	--	--	---	--

				subescalas ESAS. Las tasas de respuesta clínica más altas se observaron para la ansiedad, la depresión y el dolor.	
Acupuncture in hospice settings: A qualitative exploration of patients' experiences. ³⁴	McPhail P, Sandhu H, Dale J, Stewart-Brown S. Reino Unido 2017	Estudio cualitativo. (n=18)	El objetivo de este estudio fue abordar la poca investigación que existe sobre los efectos de la acupuntura sobre la salud y el bienestar, y en sus efectos en el contexto de los cuidados paliativos.	Se realizaron entrevistas semiestructuradas con una muestra de dieciocho pacientes que habían recibido acupuntura como parte del cuidado. La transcripción de datos identificó dos temas generales: 1- Percepciones de los participantes sobre los efectos de la acupuntura, incluido el control del dolor, salud física y emocional, bienestar espiritual y conciencia de la salud como fenómeno holístico. 2-Factores que los participantes creían	La acupuntura es un método altamente aceptable, accesible y popular, un tratamiento con efectos holísticos positivos informados en los dominios de la física, salud mental y espiritual y sin efectos adversos graves. El dolor se resolvió por completo en muchos participantes y se redujo en la mayoría a niveles más manejables.

				que permitía la acupuntura , incluida la calidad de la relación profesional, la contratación de participantes en el proceso de su tratamiento y expectativas previas que la acupuntura.	
--	--	--	--	---	--

Tabla 4: Tabla de resultados

Fuente: Elaboración propia

6.4. Tablas de criterios de calidad.

En las siguientes tablas, se muestran los resultados de los criterios de calidad de los artículos utilizados en esta revisión sistemática. En la tabla 5, se muestran los resultados de la evaluación del riesgo de sesgo de los artículos cualitativos mediante CASPe. En la tabla 6, se muestra la evaluación del riesgo de sesgo de los artículos cuantitativos, criterios de calidad de Johanna Briggs.

Criterios de calidad de CASPe

Artículos cualitativos

Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
(Fletcher., 2016)	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	8/10
(Luca et al., 2020)	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	8/10
(Sharabi et al., 2016)	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	8/10
(Fallek et al., 2019)	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	9/10
(Acero et al., 2018)	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	8/10
(McPhail et al., 2017)	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	9/10

Tabla 5: Tabla de criterios de calidad de CASPe para artículos cualitativos.

Fuente: Elaboración propia.

Criterios de calidad de Johanna Briggs

Artículos cuantitativos

Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
(Ben-Arye et al., 2021)	No	No	Si	No	No	No	Si	Si	N.A *	N.A	Si	Si	Si	6/13
(Weaver et al., 2020)	No	No	Si	No	No	No	Si	Si	N.A	N.A	Si	Si	Si	6/13
(Fletcher., 2016)	No	No	Si	No	No	No	Si	Si	N.A	N.A	Si	Si	Si	6/13
(Shalom-Sharabi et al., 2017)	No	No	Si	No	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	8/13
(Luca et al., 2020)	No	No	No	No	No	No	Si	Si	N.A	Si	Si	Si	Si	6/13
(Sharabi et al., 2016)	No	No	Si	No	No	No	No	Si	N.A	Si	Si	Si	Si	6/13
(Rosenbau et al., 2016)	No	No	N.A	No	No	No	Si	Si	N.A	N.A	Si	Si	Si	5/13
(Papathanasoglou et al., 2018)	No	No	Si	No	No	No	Si	Si	N.A	si	Si	Si	Si	7/13
(Brugnoli et al., 2017)	No	Si	Si	No	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	7/13
(Lopez et al., 2018)	No	No	Si	No	No	No	Si	Si	N.A	N.A	Si	Si	Si	6/13
(Corpora et al., 2021)	No	No	Si	No	No	No	Si	Si	N.A	N.A	Si	Si	Si	6/13
(Lopez et al., 2019)	No	No	Si	No	No	No	Si	Si	N.a	N.A	Si	Si	Si	6/13

Tabla 6: Tabla de criterios de calidad del Institute Joanna Briggs en artículos cualitativos.

Fuente: Elaboración propia. *N.A: No aplicable.

7. Análisis/discusión.

Como parte del tratamiento convencional para el control del dolor en los pacientes paliativos, está la escala analgésica de la OMS, aunque hay estudios realizados recientemente acerca de la eficacia de las técnicas complementarias en el manejo del dolor en estos pacientes .

En los 14 artículos seleccionados en el presente trabajo, se han investigado la eficacia de diferentes técnicas integrativas para el manejo del dolor en pacientes con enfermedades graves o en estado paliativo, técnicas como: Yoga, masaje, acupuntura, musicoterapia, reflexología y relajación entre otras.

Brugnoli M; et al, en su estudio sobre la eficacia de la hipnosis en el control del dolor, concluyó que el riesgo de aumentar la terapia analgesica, fue 4 veces mayor en el grupo control que en el grupo hipótesis. Al igual, los autores Ben-Arye E; et al, encontraron resultados similares usando otras terapias integrativas en pacientes paliativos, tratados con quimioterapia con un uso más bajo de analgésicos no opioides. Sin embargo se observó como la incidencia de las recetas de los analgésicos eran similares en los tres grupos del estudio.

Papathanassoglou EDE; et al, no obtuvo repercusión significativa con las terapias integrativas que se aplicaron y el uso de analgésicos opioides o no opioides, aunque se apreció una tendencia estadísticamente significativa de la disminución de analgesicos no opioides en el grupo de intervención.

Brugnoli M; et al, realizaron un estudio para investigar la eficacia de la hipnosis. El análisis de varianza indica que la disminución en el dolor percibido fue más significativa para los pacientes en el grupo de hipnosis que en el del grupo de control tanto al año como a los dos años de seguimiento.

Lopez G; et al, y McPhail P; et al, estudiaron los efectos de la acupuntura en la atención oncológica. Se observó una mejoría estadísticamente significativa para el dolor espiritual. En cambio Ben-Arye E; et al, sólo observo cambios reveladores en las mujeres con AIC alto las cuales realizan diversas CIH como la medicina tradicional china, principalmente la acupuntura.

La aromaterapia ha demostrado tener un impacto positivo para la sintomatología, así lo abogan investigadores como Weaver M.S; et al, obteniendo resultados significativos con pacientes pediátricos críticos. Dicho estudio utiliza otras terapias además de la aromaterapia, como la Terapia de visualización, al igual que las manifestaciones de Corpora

M; et al, evidenciaron efectos positivos, sobre el bienestar y el dolor de los pacientes. Weaver M.S; et al y Papathanassoglou EDE; et al, mencionan el efecto de esta técnica concretamente en el dolor abdominal y recurrente.

Las respiraciones profundas, además de disminuir la actividad simpática, disminuye el umbral de dolor agudo y ofrece alivio en tratamientos invasivos. La combinación de ambas terapias tanto la aromaterapia como las respiraciones, alivia a los pacientes pediátricos paliativos con dolor crónico, demostrando que esta combinación tiene un gran potencial terapéutico según Weaver MS; et al.

Los masajes terapéuticos con la interacción del profesional parecen moderar o controlar la intensidad del dolor, esto concluyen los investigadores, Corpora M; et al, Luca E; et al, y Rosenbaum MS; et al, Papathanassoglou EDE; et al, también afirma que no solo aportando bienestar analgesico al cuerpo sino a la mente. Fletcher CE; et al y Luca E; et al, así lo manifiestan en sus conclusiones. Comenta que hay pacientes que manifiestan inicialmente dolor por la profundidad que se recibe del masaje pero el resultado de la pos-terapia lo justifica. Observó que en el EVA el dolor disminuyó de 1 a 3 puntos. Un tercio atribuyó dejar el andador durante los últimos 2 a 3 años, Una persona afirma haber dejado el fentanilo. Sin embargo, una persona manifestó no notar cambios con respecto al dolor, Y a otros les proporcionó alivio temporal.

No obstante, Rosenbaum MS; et al, en su investigación encontró que en comparación con el masaje y el Yoga, el Reiki tiene mejores resultados para reducir o incluso eliminar el dolor.

En el estudio de McPhail P; et al, todos los participantes del estudio menos uno, describieron con afirmaciones positivas la experiencia de haberse sometido a un tratamiento con acupuntura para el control del dolor, el dolor se reducía o se volvía más manejable. solo un participante no descubrió ningún efecto. Acero A; et al, identificó que los pacientes tienen un alto nivel de pensamientos erróneos y una baja conciencia de la osteopatía.

Respecto a la técnica de la musicoterapia, según Lopez G; et al, demostró una mejoría significativa en el dolor en los pacientes con cáncer después de una única sesión de musicoterapia. No solo este autor demuestra efectos positivos, otros autores como Papathanassoglou EDE; et al, lo corroboran.

La osteopatía es un sistema de medicina tradicional y complementaria reconocido por la Organización Mundial de la Salud que emplea principalmente técnicas manuales. El tratamiento osteopático, beneficia los dolores de espalda entre otros síntomas, sin embargo,

la investigación que explora los efectos de la osteopatía en los síntomas relacionados con el cáncer es escasa, Acero A; et al.

Por lo tanto, podemos afirmar que para el control del dolor en los pacientes paliativos, las terapias integrativas, son una técnica útil para las enfermeras en la práctica clínica.

8. Conclusiones.

- Las terapias integrativas mejoran la calidad de vida de los pacientes paliativos , ofrecen múltiples ventajas como alivio del dolor, sufrimiento y otros síntomas siempre como apoyo a otros tratamientos convencionales.
- La analgesia se redujo en grupos de estudio, hay otras investigaciones que no obtuvieron del todo resultados esclarecedores aunque sí se manifestaron cambios positivos, por lo que aún faltan más investigación para obtener resultados esclarecedores de las CIH con dosis de analgesia.
- Hacen falta nuevas líneas de investigación sobre el tema de estudio.

9. Limitaciones

A lo largo de todo este tiempo realizando esta revisión de la literatura científica, nos hemos encontrado con algunas limitaciones, algunas de estas han sido el volumen (sobrecarga) de artículos que tratan de terapias integrativas y que trataban poco o nada sobre el dolor.

También ha habido limitaciones de acceso, ya que algunos estudios interesantes no estaban disponibles.

Como investigadoras novel, todavía no tenemos la destreza necesaria para realizar búsquedas efectivas en las bases de datos, por lo que es otra limitación a tener en cuenta.

10. Líneas de futuro de investigación.

Tras el estudio del tema tratado y realización del presente trabajo nos surgen nuevas inquietudes.

En primer lugar, el control del dolor en los pacientes paliativos es algo complejo y a la vez primordial para proporcionar una buena calidad en los cuidados al final de la vida de una persona, sin embargo, según lo estudiado hacen falta más estudios futuros sobre el tema para poder aliviar el dolor en estos pacientes con métodos integrativos y complementarios a la medicina convencional, la cual es imprescindible pero a la vez también tiene efectos no deseados.

Por otra parte, como se ha dicho, tratar el dolor es una tarea compleja, por este motivo se propone el diseño y elaboración de programas completo e individualizado para cada paciente para poder tratar este síntoma.

Así mismo, sería importante tratar de manera individualizada el dolor psicológico que representa para las familias el enfrentarse al final de la vida de un familiar querido.

Enfermería es participe en la realización de las terapias integrativas por lo que sería interesante que se realizarán más estudios hechos por enfermeras y fomentar aún más la inclusión de estas en las técnicas.

11. Referencias bibliográficas

1. Del Río M, Palma A. Cuidados paliativos: Historia y desarrollo [Internet]. Agetd.com. 2021 [Citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: http://www.agetd.com/phpfm/documentos/publicos/paliativos/Historia_de_los_Cuidados_Paliativos.pdf
2. Coronado Mejia M. Historia de los cuidados paliativos Introducción a los cuidados paliativos [Internet]. Accelerating the world 's research. 2021 [Citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1
3. Espinar Cid V. Los cuidados paliativos: Acompañando a las personas al final de la vida [Internet]. Redalyc.org. 2012 [Citado el 01 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/875/87524465012.pdf>
4. Aliyu UM, Awosan KJ, Oche MO, Taiwo AO, Jimoh AO, Okufo E C. Prevalence and correlates of complementary and alternative medicine use among cancer patients in usmanu danfodiyo university teaching hospital, Sokoto, Nigeria. MODCAN [Internet]. 2018 [citado el 11 de febrero de 2022]; 20(12):1576-83. Disponible en: <https://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2017;volume=20;issue=12;page=1576;epage=1583;aulast=Aliyu>
5. Torcal Baz Marta, Ventoso Mora Sagrario Ana. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. Rev Clín Med Fam [Internet]. 2020 [citado el 22 de marzo de 2022]; 13(3): 203-211. Epub 23-Nov-2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000300203&lng=es
6. Sistemas integrales o completos | CGCOM [Internet]. Cgcom.es. 2021 [citado el 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/sistemas-integrales-ocompletos>

7. Allende Pérez S, Verástegui Avilés E. The period of agony. GAMO [Internet]. 2013 [citado el 12 de febrero de 2022];12(4):211-97. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-el-periodo-agonia-X1665920113269854>
8. Principal P, médica E, Díaz C. Cuidados paliativos - cómo son los últimos días: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2022 [Citado el 15 de febrero 19 de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000533.htm>
9. Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. Boletín Oficial del Estado. Galicia, 23 de septiembre de 2015 Referencia. núm. 228. [Citado 10 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-10200-consolidado.pdf>
10. Martínez Niño A. Cuidados alternativos y complementarios para el manejo del dolor en el paciente crónico y/o paliativo [Internet]. Addi.ehu.es. 2015 [Citado el 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/15802/Ana%20Martinez%20Ni%c3%b1o%20TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Tripodoro V, Rynkiewicz M, Llanos V, Podova S, De Lellis S, De Simone G. Atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas [Internet]. Medicinabuenosaires.com. 2016 [Citado el 01 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://medicinabuenosaires.com/revistas/vol76-16/n3/139-147-Med76-3-6428-Tripodoro.pdf>
12. González García M. Beneficios de los cuidados paliativos [Internet]. Riull.ull.es. 2021 [Citado el 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5334/Beneficios%20de%20los%20cuidados%20paliativos..pdf?sequence=1>
13. Tabares V, Rodríguez J, Jiménez E. El dolor y su manejo en los cuidados paliativos [Internet]. Revpanorama.sld.cu. 2021 [citado el 13 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/31/pdf>
14. Clasificación del dolor [Internet]. Dolor.com. 2021 [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/clasificacion-dolor>

15. Vicente-Herrero M.T., Delgado-Bueno S., Bandrés-Moyá F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre M.V., Capdevilla-García L. Pain assessment. Comparative review of scales and questionnaires. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2018 Ago [citado el 22 de marzo de 2022] ; 25(4): 228-236. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228&lng=es
16. Guirola O. Control no farmacológico del dolor en pacientes paliativos - Terapias alternativas y complementarias. [Grado de enfermería]. Facultad de Enfermería de Soria; 2017. [Citado el 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28393/TFG-O%20?sequence=1>
17. Rudy D, Garrido L. Manejo del dolor en cáncer Cancer pain treatment. [Internet]. Science Direct. 2013 [citado el 13 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702050#sec0055>
18. Sistemas integrales o completos | CGCOM [Internet]. Cgcom.es. 2021 [citado el 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/sistemas-integrales-ocompletos>
19. [Internet]. Mscbs.gob.es. 2021 [citado el 13 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>
20. Hutton B, Catalá-López F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. Medicina clínica [Internet]. 2016 [Citado el 8 de febrero de 2022];1476 (6):262-266. Disponible en: <https://www.elsevier-es/en-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-extension-declaracion-prisma-revisiones-S0025775316001512>
21. Ben-Arye E, Yakubov Y, Samuels N, Gressel O, Yosipovich A, Schiff E, et al. Impact of a combined integrative oncology and palliative care program on the quality of life of patients with advanced cancer. Oncología médica (Northwood, Londres, Inglaterra) [Internet]. 9 de julio de 2021 [citado el 3 de marzo de 2022];38(8):93. Disponible en: <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/article/10.1007/s12032-021-01544-4>
22. Weaver MS, Robinson J, Wichman C. Aromatherapy improves nausea, pain, and mood for patients receiving pediatric palliative care symptom-based consults: A pilot design trial. Cuidados paliativos y de apoyo [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado el 3 de marzo de 2022];18(2):158–63. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2385109552/fulltextPDF/1102DD3A36EF4B31PQ/5?accountid=14733>

- 23.** Fletcher CE. Perceptions of other integrative health therapies by veterans with pain receiving massage [Internet]. enero de 2016 [citado el 3 de marzo de 2022];53(1):117–26. Disponible en: <https://web-p-ebSCOhost-com.sabidi.urv.cat/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=94f2804a-c8e2-4009-ad33-4c7c5f91519d%40redis>
- 24.** Shalom-Sharabi I, Samuels N, Lev E, Lavie O, Keinan-Boker L, Schiff E, et al. Impact of a complementary/integrative medicine program on the need for supportive cancer care-related medications. Atención de apoyo en el cáncer [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado el 10 de marzo de 2022];25(10):3181–90. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=eoah&AN=41793165&site=ehost-live&scope=site>
- 25.** Luca E, Galicio M, Resta D, Papaleo L. Integration of massage in oncology nursing care: an Italian pilot study. Revista Internacional de Ciencias del Cuidado. 2020;13(1). [citado el 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://web-p-ebSCOhost-com.sabidi.urv.cat/ehost/detail/detail?vid=4&sid=d12d384c-9784-4af2-93ac-bbc58789f0d4%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=142987164&db=c8h>
- 26.** Sharabi IS, Levin A, Schiff E, Samuels N, Agour O, Tapiro Y, et al. Quality of life-related outcomes from a patient-tailored integrative medicine program: experience of Russian-speaking patients with cancer in Israel. Supportive Care in Cancer 2016 [citado el 15 de marzo de 2022]. 10;24(10):4345-4355. <https://www.proquest.com/docview/1813117276?accountid=14733>
- 27.** Rosenbaum MS, Van de Velde J. Los efectos del yoga, el masaje y el reiki en el bienestar del paciente en un centro de recursos para el cáncer. Revista Clínica de Enfermería Oncológica [Internet]. junio de 2016 [citado el 10 de marzo de 2022];20(3):E77–81. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=115495807&site=ehost-live&scope=site>
- 28.** Papatthanassoglou EDE, Hadjibalassi M, Miltiadous P, Lambrinou E, Papastavrou E, Paikousis L, et al. Effects of an Integrative Nursing Intervention on Pain in Critically Ill Patients: A Pilot Clinical Trial. American Journal of Critical Care [Internet]. 2018 May [citado el 10 de marzo de 2022];27(3):172–85. Disponible en:

<https://search-ebSCOhost-com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=129006430&site=ehost-live&scope=site>

29. Brugnoli MP, Pesce G, Pasin E, Basile MF, Tamburin S, Polati E. El papel de la hipnosis clínica y la autohipnosis para aliviar el dolor y la ansiedad en enfermedades crónicas graves en cuidados paliativos: un seguimiento a largo plazo de 2 años de tratamiento en un ensayo clínico no aleatorizado. *Anales de medicina paliativa* [Internet]. enero de 2018 [citado el 20 de marzo de 2022];7(1):17–31. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/29307207/>

30. Lopez G, Garcia MK, Liu W, Spano M, Underwood S, Dibaj SS, Li Y, Moguel R, Williams J, Bruera E, Cohen L. Outpatient acupuncture effects on patient self-reported symptoms in oncology care: a retrospective analysis. *J Cáncer* [Internet] septiembre de 2018; [citado el 20 de marzo de 2022];9(19):3613-3619. doi:10.7150/jca.26527. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/30310519/>

31. Steel A, Tricou C, Monsarrat T, Ruer M, Deslandes C, Sisoix C, Filbet M. The perceptions and experiences of osteopathic treatment among cancer patients in palliative care: a qualitative study. *Support Care Cancer*. [Internet] Octubre 2018; [citado el 20 de marzo de 2022];26(10):3627-3633. doi: 10.1007/s00520-018-4233-y. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/29728845/>

32. Corpora M, Liggett E, Leone AF. The effects of guided imagery and hand massage on wellbeing and pain in palliative care: Evaluation of a pilot study. *Terapias complementarias en la práctica clínica* [Internet]. febrero de 2021 [citado el 27 de marzo de 2022];42:101303. <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1744388121000025>

33. Lopez G, Christie AJ, Powers-James C, Bae MS, Dibaj SS, Gomez T, et al. The effects of inpatient music therapy on self-reported symptoms at an academic cancer center: a preliminary report: publicación oficial de la Asociación Multinacional de Cuidados de Apoyo en el Cáncer [Internet]. noviembre de 2019 [citado el 27 de marzo de 2022];27(11):4207–12. doi: 10.1007/s00520-019-04713-4. Disponible en: <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/content/pdf/10.1007/s00520-019-04713-4.pdf>

34. McPhail, P., H. Sandhu, J. Dale, S. Stewart-Brown. "Acupuncture in hospice settings: A qualitative exploration of patients' experiences." *European Journal of Cancer Care* [Internet] marzo de 2018 [citado el 2 de abril de 2022];27(2):doi:10.1111/ecc.12802. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/pdf/10.1111/ecc.12802>