



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL  
PACIENTE ONCOLÓGICO FUNDAMENTADAS EN LA TEORÍA DE PATRICIA  
BENNER**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Enfermería  
Oncológica

Aiello, Leidy  
García L, Maricelina

Tutora: Secundina Cárdenas

Caracas, septiembre 2017

---

Tutora: Secundina Cárdenas Guerrero

---

Directora de Postgrado Enfermería Oncológica  
MgSc. Maribel Thamara Osorio

---

Coordinadora Postgrado Enfermería Oncológica  
Lcda. Secundina Cárdenas Guerrero

## INDICE DE CONTENIDO

	Pág
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MÉTODOS	66
RESULTADOS	70
DISCUSIÓN	76
REFERENCIAS	87
ANEXOS	90

## COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO FUNDAMENTADAS EN LA TEORÍA DE PATRICIA BENNER

**Leidy G Aiello Herrera**, C.I. 17.116.008. Sexo: Femenino, E-mail: leidy\_8669@hotmail.com. Telf.: 04126017136 Dirección: Av. Atabapo Edificio Ángel P.B. Apto. 1. Urbanización Valle abajo Programa de Especialización en Enfermería Oncológica

**Maricelina García Luna**, C.I. 13.374.963. Sexo: Femenino, E-mail: maricelina@hotmail.com. Telf: 04162955712 Dirección: Calle Cordillera de los Andes, Edificio Orión, Piso 4 Apto. 4-C. Urb. Cumbres de Curumo, Baruta Edo. Miranda. Programa de Especialización en Enfermería Oncológica

Tutor: **Secundina Cárdenas**, C.I. 9.223.415. Sexo: Femenino, Email: cundicg@yahoo.com Telf: 0414-2644593. Dirección: Escuela de Enfermería.

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las competencias de enfermería en los cuidados paliativos al paciente oncológico fundamentados en la teoría de Patricia Benner. **Métodos:** Se aplicó una investigación descriptiva donde los datos fueron obtenidos a través de una guía de observación y un cuestionario a diez profesionales de enfermería que laboran en los turnos matutino y vespertino en la unidad de oncología médica privada ARSUVE S.C, en el Centro Médico Docente la Trinidad en el segundo trimestre año 2016. Los datos se organizaron por dimensiones e indicadores en tablas de frecuencia absoluta y porcentual. **Resultados:** los profesionales refieren dominio cognitivo en los indicadores control del dolor, control de síntomas y apoyo emocional en un 68%, 54,6% y 68,12% respectivamente, sin embargo en la dimensión procedimental realizan más el apoyo emocional lo cual se observó en un 96% que el control del dolor y de síntomas, los cuales se evidenció que los realizan en un 38% y 39, 33%. **Conclusiones:** hay cierta diferencia en los porcentajes obtenidos en aspecto cognitivo y en lo observado en el aspecto procedimental ya que de alguna manera se pierde la concordancia entre lo que sabe el profesional y los cuidados que realiza, por lo que es importante atender las precisiones que sean necesarias para mejorar en el cuidado a paciente oncológico.

**Palabras Claves:** Cuidados, competencias, profesional de enfermería, cuidado paliativo, dolor, control de síntomas, apoyo psicológico.

# NURSING COMPETENCIES IN THE PALLIATIVE CARE OF THE ONCOLOGICAL PATIENT BASED ON PATRICIA BENNER'S THEORY

## SUMMARY

**Objective:** To determine nursing competencies in palliative care for cancer patients based on the theory of Patricia Benner. **METHODS:** A descriptive investigation was applied, where the data were obtained through an observation guide and a questionnaire to ten nurses working in the morning and evening shifts in the private medical oncology unit ARSUVE SC, in the Medical Teaching Center The Trinidad in the second quarter of 2016. The data were organized by dimensions and indicators in tables of absolute frequency and percentage. **Results:** professionals refer to cognitive domain in the indicators of pain control, symptom control and emotional support in 68%, 54.6% and 68.12%, respectively. However, in the procedural dimension, they perform more emotional support Observed in 96% that the control of pain and symptoms, which was evidenced that they performed in 38% and 39, 33%. **Conclusions:** there is a certain difference in the percentage obtained in cognitive aspect and in what is observed in the procedural aspect since somehow the concordance between what the professional knows and the care that he / she knows is lost, reason why it is important to take care of the precisions that Are necessary to improve oncology patient care.

**Keywords:** Care, competencies, nursing professional, palliative care, pain, symptom control, psychological support.

## INTRODUCCIÓN

El cuidado en la profesión de enfermería en cualquiera de los ámbitos donde se desenvuelva se realiza basado en el conocimiento en pro de mejorar o preservar la salud del paciente, quien demanda de atención donde cuidar es la base del accionar del profesional de enfermería, es un llamado a un compromiso ético-científico, filosófico y moral, buscando la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

Existen múltiples connotaciones del verbo cuidar, en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir. El cuidado significa además preocupación, interés, afecto, importarse, proteger; en portugués significa cautela, celo, responsabilidad, preocupación. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención. Para enfermería tiene un significado mucho más amplio ya que trasciende el término por sí mismo se refiere al aspecto humano donde se conjuga el conocimiento, la ciencia de enfermería, así se define el cuidado como “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo” <sup>(1)</sup>.

Cuando de cuidados al ser humano se trata se refieren a la asistencia del profesional de enfermería para preservar y conservar la vida, al mismo tiempo evitar situaciones que conlleven al deterioro de la salud; el profesional de enfermería posee herramientas adquiridas de acuerdo a basamento científico que conduce a la aplicación de cuidados físicos, psicológicos, espirituales que envuelven al ser humano y que requiere que sean cuidados desde un punto de vista integral para mantener un equilibrio y estabilidad cónsono con sus necesidades que permitan mantener la calidad de vida de las personas.

En los últimos años, el creciente desarrollo de la tecnología médica, la industrialización y los cambios de estilos de vida han permitido tener una mejor expectativa de vida. Sin embargo, existe un descenso sostenido de la natalidad y un incremento en la mortalidad, lo cual condiciona un envejecimiento de la población y un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. Estos factores han conllevado a un incremento de la demanda de servicios que mejoren la calidad de vida, por tanto, se le ha dado una mayor importancia a los cuidados paliativos<sup>(2)</sup>.

Los cuidados paliativos en el eje central, comprende una actividad total y holística dirigida al paciente que sufre una enfermedad crónica desde el momento del diagnóstico hasta la terminalidad de la vida de manera de paliar la enfermedad donde la mayoría de los casos no hay posibilidad de dar respuestas curativas, aun con los aportes de la medicina. Por ello enfermería dentro del equipo multidisciplinario de cuidados paliativos tiene un rol importante por las características de su trabajo, esto quiere decir, que realizar cuidado paliativo le permite ser cuidador y se posiciona con los conocimientos relacionados con las acciones a cumplir, la persona a cuidar, el tipo de enfermedad, la cultura y la familia. Por lo que debe tener disposición, compromiso, solidaridad y comprensión afectiva, en el acompañamiento que la persona requiere para vivir su última etapa con calidad y muerte lo más humanamente posible<sup>(3)</sup>.

En la aplicación de los cuidados paliativos a pacientes con enfermedades crónicas se incluyen los pacientes oncológicos, los cuales indistintamente de la etapa de la enfermedad en que se encuentren requieren cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico, tomando en cuenta que se deben proporcionar cuidados dirigidos a la necesidad que se presente en cada persona. En tal sentido el paciente con cáncer que amerita cuidados paliativos al presentar dolor y síntomas asociados pueden reaccionar de varias maneras: con miedo, sentimientos de culpa, enojo o tristeza por la afectación psicoafectiva ocasionada al aparecer la enfermedad; éstas emociones se exacerban especialmente cuando ingresan al servicio de oncología, pues pierden el espacio vital y su hogar, que son los bastiones que le dan seguridad. Además,

padecen constante temor ante los procedimientos médicos y de enfermería a los que se someten para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

El cuidado paliativo (CP) según la definición dada el año 2002 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida; a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento de dolor y otros aspectos físicos, psicológicos y espirituales” <sup>(2)</sup> así mismo los cuidados paliativos tienen principios claros dirigidos a responder antes las necesidades del paciente y sus familias, es por ello que con ese nuevo concepto se proporciona atención progresiva desde los estadios precoces de la enfermedad en todos los niveles de atención según su complejidad hasta la presencia de un diagnóstico de terminalidad.

En ese orden de ideas es importante destacar que dentro de los criterios de terminalidad para los pacientes oncológicos establecidos por la National Hospice and Palliative Care Organization (NHO) está la enfermedad oncológica avanzada progresiva e incurable, que no responde al tratamiento curativo <sup>(2)</sup>. En este caso el énfasis de la atención debe ser entonces el alivio del sufrimiento, control del dolor y manejo de síntomas asociados, además de promover una mejor calidad de vida para el paciente y su familia <sup>(3)</sup>. De lo expuesto, se desprende que este cuidado debe ser continuo en la atención del paciente y el grupo familiar. Sin embargo es oportuno destacar que en el presente trabajo se pretende desarrollar concibiendo un enfoque de cuidados paliativos a pacientes oncológicos en diversas etapas de su enfermedad que aún se encuentran recibiendo quimioterapia antineoplásica, que requieren cuidados que permitan paliar la enfermedad y del alivio del dolor y otros aspectos psicológicos tal como lo plantea la OMS.

En tal sentido el profesional de enfermería para integrarse a los cuidados de los pacientes oncológicos deben poseer competencias bien definidas que permitan brindar cuidados paliativos, donde el conocimiento es la base fundamental para tales cuidados. En consecuencia, las competencias son criterios para la práctica

profesional, representan una medida descriptiva, específica y explicativa de lo que debería ser enfermería de cuidados paliativos. Medida reconocida de comparación para el valor cualitativo y cuantitativo que pueden ser empleados por los miembros de la profesión de todos los niveles, aportando un marco para la consecución de los cuidados de calidad. Además proporciona una referencia a otros profesionales del equipo de salud, instituciones y cuerpos reguladores de lo que se espera de la profesión de enfermería.

El presente estudio se basa en la descripción de las competencias del profesional de enfermería durante el cuidado paliativo en la unidad de oncología médica privada ARSUVE S.C, hay que destacar que a pesar de que las competencias están enmarcadas en tres dimensiones como son los aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales, para la elaboración del presente trabajo se refiere solo a los aspectos cognitivos y procedimentales como lo destaca la teoría de Patricia Benner, en la cual se fundamenta el presente trabajo, sin que ello implique desestimar los aspectos actitudinales como prioridad para el cuidado.

El trabajo se encuentra estructurado por el planteamiento del problema, la justificación, los antecedentes que dieran pie a la realización de la investigación, marco teórico, objetivo general y específicos, sistema de variables, cronograma, instrumento, referencias y anexos donde se puede evidenciar los instrumentos para medir las competencias planteadas.

### **Planteamiento y delimitación del problema**

La salud es la esencia fundamental de la vida y se debe mantener en lo posible ya que existen factores internos y externos que logran desequilibrarla dentro de los cuales se encuentra el estilo de vida, sedentarismo, hábitos alimenticios, antecedentes familiares y cambios ambientales, entre otros, todos estos factores traen como consecuencia la aparición de algunas enfermedades que pueden ser prevenibles.

Una de las enfermedades que afecta la salud en los seres humanos es el cáncer, el cual se ha multiplicado rápidamente en la población ya que cada vez son más los casos de pacientes oncológicos, por lo que hoy en día es considerada la enfermedad problema de salud pública a nivel mundial que se circunscribe en cualquier grupo sin distinción de género, etnia o conjunto etario; en algunas oportunidades se diagnóstica al inicio de la enfermedad sin embargo, existen casos cuyo diagnóstico se realiza en forma tardía, situación que repercute en el tratamiento y recuperación para el reintegro a la sociedad.

Por lo tanto, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad y el número total de casos está aumentando en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2014; se prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45%, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. En las estimaciones se han tenido en cuenta las ligeras reducciones previstas de la mortalidad por algunos tipos de cáncer en países con grandes recursos. Se estima que durante el mismo período el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones para el año 2030<sup>(4)</sup>.

En Venezuela según anuario del 2011 del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), el cual fue publicado en enero del 2014, el cáncer representa la segunda causa de mortalidad<sup>(5)</sup>, situación que preocupa ya que se evidencia un aumento progresivo de la enfermedad oncológica que se refleja en la mortalidad, lo que indica según apreciación de las autoras del presente trabajo, que se requiere más atención a la población venezolana con programas de educación, campañas de concientización sobre prevención de la enfermedad y promoción a la salud, que repercuta en prácticas saludables que conduzcan a la disminución de los factores de riesgo además de realizar controles médicos en atención primaria lo cual permitirá evitar la enfermedad siguiendo recomendaciones específicas sobre estilo de vida, o en caso de que se presenten patologías oncológicas puedan detectarlas a tiempo y realizar todos los estudios clínicos pertinentes que conlleven a obtener un

diagnóstico certero que permita poder aplicar tratamientos en etapa temprana de la enfermedad .

Una vez diagnosticados los pacientes por enfermedad oncológica y abordado todos los procedimientos preliminares para iniciar una terapéutica con el fin de erradicar o controlar, la enfermedad es pertinente referir que el tratamiento de las neoplasias malignas se debe iniciar tan pronto como se tiene un diagnóstico claro y específico, con la finalidad de propiciar la curación, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) “son los cuidados activos, totales e integrales que se proporcionan a los pacientes con una enfermedad en fase avanzada y progresiva, potencialmente mortal y que ya no responde a un tratamiento curativo”. Son cuidados intensivos de bienestar y su objetivo es mantener o mejorar la calidad de vida <sup>(6)</sup>.

La estrategia terapéutica está basada según el riesgo, por lo tanto la intervención temprana y eficiente de enfermería es un pilar importante para el logro de los objetivos. Por tal razón, en cada una de las fases de la enfermedad, el cuidado de enfermería responde al estado de salud y a la intensidad de las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente, base fundamental en la planificación de intervenciones y evaluación de los resultados.

Los cuidados a pacientes con neoplasia maligna son factores importantes que contribuyen al aumento de la probabilidad de supervivencia y mejorar la calidad de vida. Por lo cual, en la asistencia y soporte de enfermería dirigidos al adulto con cáncer, requieren conocimientos, destrezas y recursos, con el fin de favorecer en la evolución del paciente y ayudar al familiar durante las diferentes fases del tratamiento.

Dentro de los cuidados al paciente con neoplasias malignas, el conocimiento del proceso de la enfermedad y los efectos del tratamiento, permiten al profesional de enfermería identificar problemas, detectar oportunamente la presencia de complicaciones e implementar estrategias para mejorar sus condiciones clínicas

tomando en cuenta que los cuidados deben estar dirigidos a fomentar la salud desde todas las dimensiones del ser humano, como es lo físico, social, psicológico y espiritual, deben conjugarse con los cuidados paliativos tomando en cuenta que el tratamiento de cuidado paliativo debe integrarse desde el momento del diagnóstico, hasta la terminalidad de la enfermedad.

En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud en 1990, define el cuidado paliativo como la asistencia que se centra en los pacientes con enfermedades potencialmente mortales. En el caso de las personas con patologías oncológicas el objetivo de los cuidados paliativos consiste en prevenir y aliviar el sufrimiento con cáncer y en ofrecer la mejor calidad de vida posible, con independencia de la edad, el estadio de la enfermedad y los planes de tratamiento <sup>(4)</sup>.

Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación, tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales” <sup>(4)</sup>.

Los cuidados paliativos pueden tratar una amplia gama de problemas e integran las necesidades específicas de la persona en atención a su salud. Los efectos físicos y emocionales del cáncer y su tratamiento son heterogéneos de una persona a otra. Las diferencias en edad, en antecedentes culturales o sistemas de apoyo dan como resultado necesidades individuales que requieren de cuidados paliativos.

En este sentido, el cuidado paliativo (CP) es el “cuidado integral, de los pacientes que tienen una enfermedad progresiva y en etapa avanzada, que no responde al tratamiento curativo” <sup>(3)</sup>. El énfasis de la atención debe ser entonces el alivio del sufrimiento, control del dolor y manejo de síntomas asociados, además de promover una mejor calidad de vida para el paciente y su familia <sup>(3)</sup>.

De lo expuesto, se desprende que este cuidado debe ser continuo en la atención del paciente, lo que permitirá una planificación consciente y deliberada de nuevas normas y procedimientos en función a los elementos recurrentes, situacionales y significativos del enfermo y su familia.

Por tal razón, al atender a un paciente al que se le ha diagnosticado cáncer debe tenerse en consideración que será sometido a largos y complejos tratamientos que requieren del apoyo de su familia como un binomio que debe permanecer consolidado para facilitar su recuperación, en tal sentido, el profesional encargado del cuidado de estos pacientes debe facilitar información acerca del proceso de su patología de base y tratamiento, por lo que debe estar en constante capacitación, con el objeto de contar con las mejores herramientas, para proporcionar orientación, cuidados o atender la demanda de asistencia física y emocional.

En consecuencia, los cuidados paliativos están ubicados dentro de las competencias que debe poseer el profesional de enfermería, como lo refería Lydia Hall según el modelo de enfermería que apoyaba descrito en el libro de Marriner y Raile quienes señalan, que Hall pensaba que los cuidados de enfermería profesionales aceleraban la recuperación del paciente y que cuanto menos cuidado médico eran necesarios, más conocimientos y cuidados enfermeros se precisaban <sup>(7)</sup>.

De lo expuesto, se desprende la importancia de que el profesional de enfermería a cargo del paciente con neoplasias malignas, conozca perfectamente las complicaciones esperadas e inesperadas de la enfermedad y su tratamiento.

No obstante, la autonomía de las acciones están designadas al cuidado basado en competencias en el que el profesional de enfermería tiene conocimiento científico que engloban saberes prácticos y teóricos sobre los signos, síntomas, efectos secundarios y complicaciones propias de la enfermedad, al mismo tiempo, está capacitada para entender, al adulto que cursa con neoplasia, y brindar apoyo emocional ante el impacto psicológico que genera la enfermedad.

En consecuencia, el profesional de enfermería encargado de los cuidados paliativos, debe estar capacitado con saberes prácticos, teóricos y mantener actitud de disposición para conocer al paciente, sus patrones de respuesta, reconocer al enfermo como persona y como una unidad bio-psico-social que requiere, atención que va más allá de la satisfacción de necesidades terapéuticas tomando en consideración sus necesidades psicológicas, de tal manera que se ofrezca cuidados integrales, dando la misma importancia a los psicológicos como los físicos y sociales, esperando los mejores resultados en la persona con el diagnóstico de cáncer.

De tal manera, que el profesional de enfermería identifica problemas y jerarquiza necesidades de los enfermos oncológicos, integrando la evaluación del estado emocional y físico; para planificar sus cuidados según prioridad tanto al paciente como a sus familiares. La intervención de enfermería tiene éxito cuando trasciende el cuidado, cuando la evaluación es minuciosa y tiene conocimiento de cómo va a proporcionarlo.

En el mismo orden de ideas los cuidados de enfermería se basan en diferentes modelos conceptuales que rigen los cuidados a partir de los requerimientos de cada paciente; todos los modelos enfermeros, aunque presenten una visión distinta sobre lo que debería ser enfermería van dirigidos al cuidado de la persona.

A fin de fundamentar el presente trabajo las autoras se basaron en la teoría de Patricia Benner cuyo postulado se apoya en las competencias del profesional de enfermería como planificadora para proporcionar cuidados que trasciendan en los mismos desde una etapa de aprendiz hasta lograr la excelencia.

Las competencias en el desempeño profesional están enmarcadas en la capacidad y autoridad necesarias para impartir, de manera competente, cuidados en todos los contextos y campos de enfermería, en tal sentido el profesional de enfermería en concordancia con su rol dentro de la unidad de administración de quimioterapia debe

velar porque los cuidados sean ejecutados integrando los cuidados paliativos que el paciente demanda para mejorar su condición particular.

Para lograr este objetivo la unidad de oncología médica privada Arsuve S.C, ubicada en el Centro Médico Docente la Trinidad cuenta con un equipo de diez profesionales de enfermería a cargo de los pacientes de sala de quimioterapia y consulta médica; así como también diez oncólogos médicos. La sala de quimioterapia está provista de diez ambientes individuales con sillas reclinables y televisores con audio personalizado, diez sillas para tratamientos de estancia corta y dos habitaciones con camas clínicas para pacientes que presenten condiciones clínicas alteradas como dolor u otro síntoma asociado que son tratados de manera ambulatoria.

En la unidad de oncología médica privada Arsuve, se puede observar un gran desempeño profesional e independiente en la administración del tratamiento quimioterapéutico al paciente oncológico; así como también, la respuesta inmediata a las reacciones de hipersensibilidad o anafilácticas del tratamiento con citostáticos durante la infusión. No obstante, no se observa la misma actuación cuando el paciente llega a la sala de quimioterapia o consulta con dolor u otro síntoma asociado, ya que al llegar a la unidad sólo controlan signos vitales y el paciente queda en espera de la evaluación y examen físico por parte del residente de guardia; que en la mayoría de los casos está atendiendo otra actividad por lo que no acude inmediatamente lo que empeora los signos y síntomas del mismo sin que el profesional de enfermería realice intervenciones independientes que mejoren la sintomatología presente.

Tomando en cuenta que los cuidados paliativos deben realizarse a pacientes desde el momento del diagnóstico oncológico hasta el final de la vida para mejorar su sintomatología, es importante destacar que el alivio del dolor y síntomas asociados a la enfermedad o al tratamiento deben ser atendidos con la prioridad pertinente para evitar el desgaste físico y psicológico de la persona que presenta enfermedad oncológica.

Tomando en cuenta lo expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las competencias que posee el profesional de enfermería en los cuidados paliativos que realiza al paciente oncológico en la unidad de oncología médica privada ARSUVE S.C., en el Centro Médico Docente la Trinidad en el cuarto trimestre del 2016 según la teoría de Patricia Benner?

### **Justificación e importancia**

Uno de los pilares fundamentales de los cuidados paliativos se sustenta en la atención primaria donde es detectable el número de pacientes que demandan atención y cuidados por parte del equipo multidisciplinario de salud en el cual el profesional de enfermería tiene un rol preponderante a pesar de no existir una formación específica en este tipo de cuidado.

Los cuidados se garantizan a través de la evaluación física del paciente, donde se jerarquiza las necesidades, planificando acciones para la resolución de problemas estandarizando esos cuidados, es por ello la importancia de fomentar la actuación según las competencias del profesional de enfermería dentro de la unidad de oncología, las cuales van a contribuir en direccionar las acciones basándose en el conocimiento lo cual le dará la oportunidad de desarrollar actividades para beneficiar al paciente y sus familiares.

Este hecho corrobora la afirmación de la teoría de Patricia Benner donde expresa que el desarrollo de conocimiento en una disciplina como la enfermería asistencial “consiste en aplicar el conocimiento práctico (el saber práctico) mediante las investigaciones científicas basadas en la teoría”

Es por ello que para Benner los principales aspectos de la práctica de la enfermera competente son los siguientes: Demostrar dominio clínico y de la práctica basada en recursos, asimilación del saber práctico, visión general y previsión de lo inesperado.

Cada vez es mayor el número de profesionales de la salud interesados en el conocimiento de la medicina paliativa, lo cual ha provocado una reciprocidad en la actuación de la administración, organizando continuas acciones formativas en cuidados paliativos básicos.

Este trabajo contribuirá al conocimiento de las actividades o competencias que deben llevarse a cabo dentro de la unidad de oncología médica privada ARSUVE, en el Centro Médico Docente la Trinidad, de tal manera que favorece la detección de las debilidades existentes dentro de la unidad al llevar a cabo los cuidados, permitiendo así el mejoramiento de los mismos por parte del profesional de enfermería ofrecidos a este tipo de paciente, que por ser oncológicos demandan más necesidades y de atención. En este aspecto, el dolor los síntomas asociados, la ansiedad y el miedo a la muerte, aplicando la teoría de Benner son identificados como elementos recurrentes y situacionales que se manifiestan en el paciente oncológico.

Por consiguiente es importante para los profesionales de enfermería ya que se verán motivados a desarrollar las competencias específicas para el cuidado de pacientes oncológicos que requieren de cuidados paliativos, con lo cual el paciente obtendría gran beneficio pues será atendido tomando en cuenta sus prioridades en el control del dolor, de síntomas y apoyo emocional.

Asimismo sirve como antecedente para futuras investigaciones desarrolladas en la Escuela de Enfermería adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y a la posibilidad ofrecida por parte de las autoras del presente estudio de compartir los resultados obtenidos con otras personas interesadas en la temática abordada.

### **Antecedentes**

Los cuidados de enfermería se basan en diferentes modelos conceptuales que rigen los cuidados a partir de lo específico de cada paciente, todos los modelos enfermeros, aunque presenten una visión distinta sobre lo que debería ser

enfermería van dirigidos al cuidado de la persona, a fin de fundamentar el presente trabajo las autoras se basarán en la teoría de Patricia Benner.

Todos los pacientes oncológicos por las condiciones de su estado de salud física y emocional, requieren de una atención de enfermería que esté dirigida no sólo a la satisfacción de sus necesidades terapéuticas sino que incluya además una actitud, una motivación y sobre todo el conocimiento práctico y teórico de las competencias dentro de los cuidados paliativos que van hacer utilizados desde el comienzo de la enfermedad y durante todo su tratamiento, dentro de la unidad de oncología médica, los cuales les permitirán ayudar a los pacientes a afrontar su enfermedad.

Enfermería oncológica como profesión, busca identificar las respuestas humanas y establecer estrategias que contribuyan a la recuperación de la calidad de vida y aumentar el bienestar del familiar. La meta es estandarizar el cuidado paliativo y ello requiere conocimiento de las necesidades más prevalentes, como el dolor y los síntomas asociados para su mejor control en los pacientes oncológicos a quienes va dirigido el cuidado.

## **Internacionales**

En una investigación internacional realizada por Henriques, titulada “Competencias profesionales de la enfermería para trabajar en unidades de cuidados intensivos: una revisión integradora, el estudio tuvo como objetivo identificar y analizar las competencias de la enfermeras para actuar en las unidades de cuidados intensivos (UCI) <sup>(8)</sup>.

Se identificaron 10 artículos y el cotejo de los datos permitió la construcción de las siguientes unidades temáticas relacionadas con las habilidades de las enfermeras: gestionar los cuidados de enfermería, realizar los cuidados de enfermería más complejos, la toma de decisiones, el liderazgo, la comunicación, la educación, continua y permanente, la gestión de recursos humanos y materiales. Para el

alcance del objetivo de este estudio, se optó por el método de la revisión integradora, ya que es el método más amplio referente a las revisiones, permitiendo la inclusión de estudios experimentales y no experimentales para una comprensión completa del fenómeno analizado <sup>(8)</sup>.

Las habilidades identificadas en este estudio, sirven como una guía para formar el perfil que trabaja en unidades de cuidados intensivos (UCI) por lo tanto representan la línea de orientación que pueda aumentar y movilizar la mejoría de las prácticas de atención recibidas por este profesional<sup>(8)</sup>.

La investigación observacional de corte transversal realizada a nivel internacional titulada “Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas en tratamiento oncológicos” <sup>(9)</sup>. Tuvo como objetivo determinar los diagnósticos de enfermería en el adulto con cáncer, en tratamiento en la unidad de oncología del Hospital Universitario de Santander, en Bucaramanga durante el primer semestre de 2006.

Según lo expresado por los investigadores, la enfermera a cargo de los cuidados paliativos del paciente oncológico cuenta, no sólo con el proceso enfermero, sino también con el conocimiento de la enfermedad oncológica, para normalizar el cuidado y mejorar la calidad de vida del paciente. Las intervenciones de la enfermera profesional ayudan a minimizar los riesgos de aparición del dolor, así como el control de los síntomas asociados a la enfermedad o al tratamiento.

La calidad de las intervenciones de enfermería exige profundizar en los cuidados individualizados definidos en los términos propios de los enfermeros expertos, especialmente cuando la enfermedad es crónica. Esto queda demostrado en la investigación cualitativa titulada “Cuidados enfermero en Cuidados Paliativos: análisis, consensos y retos” <sup>(10)</sup>.

Dicho trabajo, tuvo como objetivo reflexionar sobre la práctica enfermera en cuidados paliativos; ya que para el desarrollo de ésta práctica clínica se requiere conocimiento

en tecnología sanitaria como por ejemplo: las bombas elastoméricas, en ética clínica, en relaciones interpersonales, la evaluación de la satisfacción y en el trabajo interdisciplinario. El instrumento para la recogida de datos fue la técnica del grupo nominal (TGN), que se estimó por considerarse altamente eficaz como medio para facilitar la generación de ideas, el análisis de problemas y el proceso de toma de decisiones. La selección de los miembros del grupo se realizó según los siguientes criterios de inclusión: (a) enfermeras con más de 10 años de dedicación a la atención paliativa, y (b) representación de los diferentes ámbitos asistenciales en CP (hospitalización, equipos de soporte hospitalarios y domiciliarios, atención ambulatoria)<sup>(10)</sup>.

Estas circunstancias de la vida del paciente oncológico hacen necesaria una definición precisa de las competencias enfermeras para: identificar su rol profesional en organizaciones con clara tendencia multidisciplinaria, proporcionar unos cuidados expertos, integrales personalizados de calidad, que se ajusten a las necesidades y expectativas cambiantes del entorno del paciente con cáncer.

El reto de la enfermera oncológica experta en cuidado paliativo está en participar en el control de los síntomas, asegurar el respeto por la autonomía y los derechos de los pacientes oncológicos, ofrecer acompañamiento, respetar los valores y estilos de vida, atender y comprender la singularidad de cada persona, perseguir el bienestar, la calidad de vida, la continuidad de los cuidados, y el trabajo en equipo, como aspectos inherentes del cuidado profesional.

## **Nacionales**

En un trabajo realizado para obtener el título de especialista en enfermería oncológica en la Universidad Central de Venezuela, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en relación a los cuidados paliativos al paciente oncológico pre y post aplicación de un taller de capacitación, fue una investigación cuasi-experimental con un diseño pre y post aplicado a una muestra de

42 profesionales de enfermería que laboran en las unidades clínicas de hospitalización de medicina interna y cirugía oncológica. El instrumento utilizado fue un cuestionario y una guía de observación en el cual se identifica cuáles son los cuidados que realiza el profesional de enfermería a estos pacientes <sup>(11)</sup>.

En cuanto al resultado se evidencia una tendencia positiva en el aumento de las respuestas emitidas por los profesionales de enfermería posterior a la aplicación del taller de capacitación sobre cuidados paliativos, concluyeron que la capacitación es viable como proceso continuo de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan el desempeño del profesional de enfermería que proporciona cuidados paliativos a los pacientes oncológicos para el alivio de los síntomas que puedan presentarse en el transcurso de su enfermedad.

Un estudio realizado por Robles Y, Martínez M, en el año 2010, titulado “Cuidados paliativos que proporciona el profesional de enfermería al enfermo oncológico en fase terminal, en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, en la ciudad de Caracas”<sup>(12)</sup> tuvo como objetivo determinar los cuidados paliativos que proporciona el profesional de enfermería al paciente oncológico en fase terminal, desde el punto de vista metodológico correspondió a un estudio de campo tipo descriptivo, la población seleccionada estuvo conformada por 38 profesionales de enfermería, responsables de proporcionar cuidados paliativos. La información fue recolectada a través de dos instrumentos, una guía de observación y un cuestionario.

Los resultados determinaron que respecto a las dimensiones programas de tratamiento y apoyo emocional, los cuidados paliativos al enfermo oncológico en fase terminal, el profesional de enfermería lo realiza sin ningún compromiso, es decir no aplican los principios de los cuidados paliativos en cuanto al alivio de síntomas y apoyo emocional.

Este estudio se relaciona con la presente investigación ya que se refiere a los cuidados paliativos proporcionados por el profesional de enfermería al enfermo oncológico donde los resultados expuestos demuestran que el cuidado debe

realizarse con conocimientos científicos, compromiso, responsabilidad y apoyo emocional para proporcionar un cuidado óptimo e integral y permitir la recuperación o en su defecto la muerte con dignidad.

## **Marco teórico**

La oncología clínica se plantea unos objetivos precisos: curar al paciente, aumentar la supervivencia, mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas. Para llevarlos a cabo se hace uso de un despliegue técnico complejo y sofisticado en el que se utilizan tratamientos que a veces, no responden a los objetivos propuestos y conlleva el deterioro de la calidad de vida de los pacientes, lo cual puede suceder por diversos factores como resistencia de las células malignas al tratamiento, rápido progreso de la enfermedad, interrupción del tratamiento por recaídas del paciente y recuperación lenta entre otros factores vinculados a la enfermedad.

A medida que la enfermedad va prolongándose por falta de respuesta a las terapéuticas empleadas debe tomarse en cuenta que el paciente requiere nuevos procedimientos que van dirigidos a otros objetivos que permiten mantener o mejorar la calidad de vida; paliar los síntomas y las secuelas sin dejar a un lado los tratamientos oncológicos, los cuales se pueden administrar paralelamente si la evolución del paciente permite continuar con los mismos. Es entonces, ante un paciente clínicamente con escasas posibilidades de algún beneficio terapéutico curativo, cuando toma cada vez más importancia la medicina paliativa, que incluye la atención activa y total a los pacientes y sus familias, como apoyo debido a que la enfermedad ya no responde a líneas de tratamientos inicialmente indicados y la expectativa de vida es relativamente corta.

En tal sentido el cuidado aplicado al paciente oncológico en esa etapa de la enfermedad es un cuidado paliativo definido por la Organización Mundial de la Salud (1990) como la asistencia que se centra en los pacientes con enfermedades potencialmente mortales. El objetivo de los cuidados paliativos consiste en prevenir y aliviar el sufrimiento al paciente con cáncer y en ofrecer la mejor calidad de vida

posible, con independencia de la edad, el estadio del cáncer los planes de tratamiento. Define también los cuidados paliativos para niños como el cuidado total y activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, y en la prestación de apoyo a la familia. Comienza cuando se diagnostica la enfermedad y prosiguen al margen que si un niño recibe o no tratamiento contra la enfermedad <sup>(4)</sup>.

En tal sentido el concepto de cuidados paliativos, describe el alivio del dolor, otros síntomas, y el apoyo espiritual como objetivo básico y fundamental para obtener un mayor grado de bienestar posible y mejorar la calidad de vida del paciente tanto adulto como pediátrico sin embargo, el presente proyecto de investigación está referido a pacientes adultos.

En este contexto, el bienestar del paciente y su familia es subjetivo ya que cada persona lo vive de forma personal y diferente, es variable y comprende distintas dimensiones somáticas, psicológicas, afectivas, sociales y espirituales que son dinámicas y que tienen diferentes prioridades según cada situación.

Los cuidados paliativos asumen heterogeneidad en el cuidado y deben ser tomados en consideración desde el momento en que se realice el diagnóstico de una enfermedad crónica aunque no se haya determinado si la respuesta al tratamiento es efectiva, pues de igual manera cuando se requiere del alivio de uno de los síntomas como es el dolor, apoyo espiritual entre otros, puede ser evaluado y tratado según sus necesidades.

En ese mismo sentido, para la National Hospice and Palliative Care Organization (NHO) las bases terapéuticas paliativas son <sup>(2)</sup>: la atención integral y valoración de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, la unidad a tratar paciente-familia. La familia es el pilar fundamental del paciente, por lo que es necesario el apoyo a la misma, las decisiones terapéuticas estarán basadas en la autonomía y la dignidad del paciente, la actitud terapéutica activa, y fomentar el respeto, confort y comunicación entre el paciente-familia y el equipo de salud. Los signos clínicos y

síntomas que aquejan al paciente oncológico van apareciendo de acuerdo a la evolución de la enfermedad en caso de progresión de la misma, o en caso de efecto secundario de tratamiento como son el dolor y otros síntomas, a continuación se describen algunas de ellas.

**Dolor.** El diagnóstico de cáncer genera en el ser humano, en su entorno una sucesión de sentimientos negativos que repercuten en el ámbito personal, social y laboral.

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en el curso de la enfermedad tumoral. Además tiene gran impacto emocional en el enfermo y su familia. Entre el 20% y el 40% de los pacientes con cáncer presentan dolor al momento del diagnóstico, y entre un 70% y 80% en la enfermedad avanzada <sup>(2)</sup>. Debido a la falta de conocimientos sobre la fisiopatología del dolor, miedo a la adicción, desconocimiento de los fármacos disponibles su utilización inadecuada y la valoración errada de la intensidad del síntoma individual y subjetivo, el tratamiento del dolor oncológico es insuficiente; por tal razón, no se considera apropiado tener a un paciente con dolor mientras se progresa en la escalera analgésica hasta llegar al fármaco idóneo o hasta que el paciente fallezca.

En los pacientes con cáncer avanzado el dolor es de origen multicausal y de naturaleza compleja. Es crónico, y su característica patognomónica no es solo el tiempo de duración, sino la presencia de alteraciones psicológicas, impotencia, desesperanza, entre otras que condicionan a la conducta dolorosa. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como “una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión” <sup>(2)</sup>.

Al mismo tiempo la AISP desglosa el concepto emitiendo su significado de manera que se enfoca asociando el término desagradable al conjunto de sentimientos entre los que se encuentra el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación lo

cual es un conjunto de sensaciones por ello el carácter subjetivo del dolor; del mismo modo el término potencial se refiere a la presencia de un estímulo nocivo que si se mantiene en el tiempo hace daño tisular.

Para su tratamiento es fundamental considerar que los aspectos psíquicos y físicos del dolor están íntimamente relacionados. Es por ello, que la sensibilidad al dolor se muestra como un fenómeno idiosincrático personal que requiere una terapia farmacológica individualizada y la mayoría de las veces, el apoyo psicológico va a tener un considerable efecto coadyuvante.

Por tal razón, el dolor se considera una respuesta neurofisiológica muy compleja que se diferencia notablemente de cualquier otra experiencia sensorial; y dependiendo de las terminaciones nerviosas estimuladas, el dolor nociceptivo puede ser: somático cuando se activan los nociceptores cutáneos y musculoesquelético, o visceral, cuando el dolor es causado por infiltración, distensión o compresión de órganos.

Buena prueba de ello son las circunstancias que modifican la tolerancia al dolor: <sup>(13)</sup>  
Elevan el umbral del dolor: sueño, reposo, apoyo familiar, terapia ocupacional, disminución de la ansiedad, elevación de la autoestima y buen estado de ánimo.  
Reducen el umbral del dolor: insomnio, incomodidad, ansiedad, miedo, depresión, aburrimiento, conspiración de silencio, aislamiento y abandono social.

Como el dolor es el síntoma principal en gran número de pacientes oncológicos, en cuidados paliativos, es considerado como prioritario en el tratamiento. Es por ello que, para un abordaje terapéutico efectivo del mismo es necesario conocer su origen, temporalidad, localización e intensidad.

### **Clasificación del dolor**

El dolor se clasifica según la duración, según su fisiopatología, otros tipos de dolor dentro de los cuales se encuentran el oncológico y el irruptivo. <sup>(14)</sup>

**En cuanto a su duración** el mismo se clasifica en dolor agudo y crónico.

*Dolor agudo:* de inicio brusco y corta duración, el cual puede tener una duración menor a tres o seis meses y disminuye fácilmente con tratamiento una vez identificada la causa. *Dolor crónico:* El dolor crónico es aquella sensación de malestar que dura más de tres o seis meses y que no responde a las terapias convencionales para su control, como son la cirugía, medicamentos, reposo, fisioterapia u otros medios. Cuando se llega a esta etapa se puede considerar que el dolor ha dejado de ser un síntoma para convertirse en una enfermedad<sup>(15)</sup>

**Según la fisiopatología:** se refiere a la causa que ha originado el dolor dentro del cual se encuentra el nociceptivo que a su vez se subdivide en somático y visceral y el neuropático.<sup>(14)</sup>

**Dolor nociceptivo:** está causado por la activación de los nociceptores de tipo alfa delta (A- $\delta$ ) y fibras C en respuesta a un estímulo nocivo sobre los tejidos corporales, que puede ser secundario a una lesión, enfermedad, inflamación, infección o cirugía<sup>(22)</sup>. En el dolor nociceptivo el funcionamiento del sistema nervioso es correcto. Es una respuesta fisiológica a una agresión. “Una característica importante de este tipo de dolor es que en general, existe una importante correlación entre la percepción del dolor y la intensidad del estímulo desencadenante, se distinguen dos tipos según las diferencias en el patrón de inervación: dolor somático y dolor visceral”.<sup>(14)</sup>

*Dolor somático:* se estimulan nociceptores musculoesqueléticos y cutáneos. Habitualmente está bien localizado y el paciente no tiene grandes dificultades para su descripción.

*Dolor visceral:* Es el dolor que se origina por una lesión o disfunción de un órgano interno o sus serosas y suele estar mediado por los receptores de estiramiento, isquemia e inflamación, no todas las vísceras son sensibles al dolor. La estimulación nociceptiva visceral provoca desde una simple molestia o pesadez, hasta signos y síntomas algícos intensos. Es frecuentemente menos localizado y se puede irradiar a

un área cutánea que tiene la misma inervación como por ejemplo: dolor torácico referido a hombro y brazo izquierdo. En vísceras huecas el dolor es cortante y más continuo, tipo cólico.

El dolor visceral se caracteriza por ser, cólico cuando la víscera es hueca, profundo, sordo, difuso, mal localizado que en ocasiones se irradia o se refiere en un área distante al órgano afectado. Suele acompañarse de sintomatología vegetativa, como náuseas, vómitos, sudoración, aumentos de la presión arterial y frecuencia cardíaca. Ejemplos de este tipo de dolor sería el asociado con apendicitis, colecistitis, o patología pleural. Se debe diferenciar los términos dolor referido y dolor irradiado. El dolor referido se origina frecuentemente de un órgano visceral y se puede sentir en regiones del cuerpo alejadas de la zona de origen. Se cree que el mecanismo es en parte debido a la convergencia espinal de fibras aferentes viscerales y somáticas en las neuronas espinotalámicas y por otro lado, a patrones de desarrollo embriológico y migración tisular<sup>(14)</sup>.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la hiperalgésia cutánea y profunda, hiperactividad autonómica y las contracciones musculares. Ejemplos típicos son el dolor que se siente en los brazos o en el cuello cuando se produce un infarto de miocardio, o el dolor referido al hombro que acompaña a la inflamación de la vesícula biliar. El dolor irradiado se transmite a lo largo de un nervio, extendiéndose a partir del sitio de origen. Tanto el dolor de origen somático y algunos dolores de origen visceral pueden irradiarse. Por ejemplo, el dolor de un espasmo muscular, que es somático, suele extenderse gradualmente a partir del punto de origen lo mismo ocurre con el dolor del nervio ciático que suele irradiarse a la pierna<sup>(14)</sup>.

**Dolor neuropático:** originado por lesiones o alteraciones crónicas de las vías periféricas o centrales.

Aunque las características del dolor neuropático son variadas, las descritas con más frecuencias por los pacientes oncológicos son la sensación permanente de dolor

quemante y episodios de dolor punzante acompañados o no de alodinia. Los fenómenos sensoriales que se manifiestan durante el dolor neuropático pueden aparecer como una o varias de las siguientes expresiones: Disestesia: sensación anormalmente desagradable, espontánea o provocada y de carácter doloroso o quemante. Hipoestesia: disminución de la sensibilidad a estímulos dolorosos, térmicos o táctiles. Parestesia: sensación anormal de la sensibilidad que se refleja como hormigueo, adormecimiento, calambres. Hiperestesia: aumento de la sensibilidad táctil y térmica. Hiperalgesia: respuesta exagerada a un estímulo doloroso. Alodinia: percepción de cualquier estímulo como doloroso.

Cabe destacar que el origen del dolor neuropático en el paciente oncológico puede ser secundario a la radioterapia, a la quimioterapia, por compresión o infiltración directa de tumores primarios o metástasis: radiculopatías, mononeuropatías simples o múltiples, polineuropatías con afectación de plexos nerviosos.

El Grupo de Interés Especial sobre Dolor Neuropático [Special Interest Group on Neuropathic Pain (NeuPSIG)] de la IASP, propuso a finales del 2007 una nueva definición de Dolor Neuropático como “el dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial”.<sup>(21)</sup> Por tanto el Dolor Neuropático es una descripción clínica y no un diagnóstico, que requiere una lesión demostrable o una enfermedad que cumpla los criterios diagnósticos neurológicos establecidos, se considera patógeno por existir en el organismo causando malestar, desequilibrio y ningún beneficio para el organismo<sup>(14)</sup>.

El término lesión se utiliza comúnmente “cuando las pruebas diagnósticas como son las imágenes, neurofisiología, biopsias, pruebas de laboratorio revelan una anomalía o cuando hay un trauma obvio”<sup>(14)</sup>. El término enfermedad se utiliza comúnmente “cuando la causa subyacente de la lesión es conocida por ejemplo ictus, vasculitis, diabetes Mellitus, anomalía genética”<sup>(14)</sup>. Para Mesas Ángela<sup>(14)</sup> el dolor neuropático se divide en: “dolor neuropático central y somato sensorial, definiendo al dolor neurótico central como el dolor causado por una lesión o

enfermedad del sistema nervioso somato sensorial central, mientras que el dolor neurótico periférico: es el dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema somato sensorial periférico”.

Dolor mixto: coexisten varios de los mecanismos descritos anteriormente.

### **Clasificación según otros tipos de dolor**

**Dolor oncológico** es el dolor producido por el cáncer incluye el dolor causado por la enfermedad en sí mismo como en el caso de la invasión del tejido tumoral, la compresión o infiltración de nervios o vasos sanguíneos obstrucción de órganos, infección, inflamación y/o procedimientos diagnósticos o tratamientos que sean dolorosos como biopsia, el dolor postoperatorio, las toxicidades de quimioterapia o radioterapia. El dolor oncológico puede ser de características neuropáticas y nociceptivo ó en un mismo paciente encontrarse ambos tipos de dolor, En cuanto a la frecuencia de presentación del dolor en los pacientes oncológicos, hay dos tipos de dolor; el basal, que es el que el paciente presenta de forma continuada y el dolor irruptivo<sup>(14)</sup>.

*Dolor irruptivo:* se define como una exacerbación del dolor de forma súbita y transitoria, que aparece sobre la base de un dolor de fondo persistente, que por otra parte es estable y está adecuadamente controlado. Dicho de otro modo es un dolor agudo dentro de la cronicidad del dolor, que debe cumplir las siguientes características para asumirse como irruptivo: - Intensidad según la escala visual analógica (EVA) > de 7 - Rapidez de instauración de 1 a 5 minutos (3 minutos) - Corta duración, usualmente inferior a 20-30 minutos<sup>(14)</sup>. Se diferencian tres subtipos: irruptivo incidental, irruptivo de final de dosis, irruptivo idiopático.

*Dolor irruptivo incidental:* generalmente de origen previsible provocado por tos, bipedestación, movimientos y/o estímulos emocionales. *Dolor irruptivo de final de dosis:* se anticipa a la dosis pautada de analgésicos puede indicar infra dosificación.

*Dolor irruptivo idiopático*: sin estímulo desencadenante conocido su origen puede ser nociceptivo, neuropático o mixto. <sup>(14)</sup>

**Dolor Psicógeno** No tiene una naturaleza orgánica sino características psicosomáticas, derivadas de una patología psiquiátrica. Se presenta en personas con temperamento alterado, ansioso, depresivos, neuróticos. Es un dolor que no obedece a ningún patrón neurológico definido y suele ser resistente a cualquier tipo de tratamiento, sea farmacológico o quirúrgico que no tenga en cuenta su naturaleza psiquiátrica. Es pertinente resaltar que para realizar este diagnóstico se debe efectuar un buen estudio del paciente y una buena valoración psiquiátrica y psicológica, dada la complejidad diagnóstica que presentan algunos tipos de dolor.

**Según la intensidad:** Entre los métodos subjetivos diseñados para intentar cuantificar la intensidad del cuadro álgico, los de mayor uso son la escala de valoración numérica o analógica y la escala descriptiva simple o de valoración verbal (Tabla 1) <sup>(13)</sup>. La combinación de ambas escalas y la evaluación de signos objetivos permiten aproximarse objetivamente al dolor que presenta el paciente.

Cabe destacar, que la fiabilidad de estos métodos de evaluación resulta mayor si se explica detenidamente al paciente el porqué de su utilización, la incidencia que va a tener esta valoración en su tratamiento y se analizan conjuntamente las respuestas, sin cuestionarlas.

Por tal razón, existen una serie de signos objetivos, evidenciables por el personal de enfermería o por la familia, que pueden indicar dolor o malestar que están reflejados mediante la observación del comportamiento o actitudes que adopta el paciente como las expresiones faciales, grado de movimiento, irritabilidad, comunicación lenta y en voz baja, alteraciones de la marcha, variaciones posturales, cantidad y calidad de los períodos de sueño y por medio de parámetros fisiológicos como el aumento de la frecuencia cardíaca o de la presión arterial, sudoración, alteraciones respiratorias.

## **Principios generales del tratamiento del dolor**

Identificar el origen del dolor. Esta consideración es importante porque el 80% de los pacientes presentan más de una localización dolorosa y con diversas intensidades que pueden requerir distinto tratamiento. Suelen aparecer dolores no relacionados con la enfermedad oncológica de base: artritis, cefalea, cólicos, dolor por estreñimiento. Los más frecuentes son los producidos por mialgias de origen postural<sup>(16)</sup>.

El tratamiento es multimodal, no sólo farmacológico. Nunca se debe olvidar del apoyo psicológico y emocional, ni usar en exceso las benzodiazepinas como ansiolíticos, las cuales producen una somnolencia no deseada. Se debe actuar sobre los factores que modifican el umbral del dolor, reduciendo los que los disminuyen como la ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono social potenciando los que los elevan como es el ambiente agradable luz, temperatura, olores, música, fotografías, plantas, mascotas. Reforzar métodos distractores que permitan al paciente fijar aspectos que lo mantenga ocupado de modo que al aumentarse este umbral se reducen las necesidades analgésicas<sup>(16)</sup>.

**Placebos.** Está contraindicada la utilización de sustancias placebo para tratar los cuadros álgicos en los enfermos de cuidados paliativos, hay que considerar que cuando el paciente refiere dolor es porque tiene dolor.

La analgesia será pautada, anticipándose a la aparición del dolor. La prevención del dolor requiere menos tratamiento que cuando éste aparece, por lo que se recomienda la administración de analgésicos siguiendo un horario fijo y pautar las dosis de rescate para el control de los dolores episódicos.

La vía de elección es la oral. El mantenimiento continuo de la analgesia en el dolor crónico se realizará por vía oral o transdérmica. La vía subcutánea se reservará ante la imposibilidad de usar las vías anteriores<sup>(16)</sup>.

Prevención y control de los efectos adversos de los analgésicos. Para conservar la vía oral es necesario velar por el uso de los protectores gástricos ante la gastrolesividad de los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Otra medida a considerar es el uso de laxantes y antieméticos preventivos cuando se usan derivados de los opioides.

Evaluación periódica. Las causas y la intensidad del cuadro álgico suelen fluctuar; pueden aparecer dolores episódicos y efectos adversos farmacológicos, por lo que es necesario revisar continuamente el tratamiento.

Se debe tener presente que en la última etapa de la vida, cuando la medicina nada puede hacer por curar la enfermedad irreversible, el paciente y la familia necesitan saber que no todo está perdido y saber que en cada momento va a estar acompañado y sin dolor. Supone un reto para el equipo multidisciplinario, ya que evitar el sufrimiento es uno de los objetivos prioritarios del cuidado paliativo.

Por lo tanto, el dolor es una de las principales causas de consternación y que perturba la calidad de vida en el paciente, la mayoría de los seres humanos lo consideran el peor aspecto de la enfermedad, sobre todo el dolor que procede del tratamiento médico y de los procedimientos diagnósticos; por tal razón, los objetivos del cuidado son: controlar el dolor, conseguir el bienestar, concientizar al paciente de que si sufre dolor debe manifestarlo y nunca padecerlo en silencio.

Por tal razón, el actual abordaje terapéutico del dolor tiene su origen en la guía clínica diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986, <sup>(4)</sup> y aún tiene vigencia aunque con ciertas modificaciones que surgieron a partir de la evolución de los cuidados paliativos. En esta guía se estableció una escalera de tres peldaños que indicaban distintos gradientes de analgesia, relacionados con la intensidad individual del dolor y no con su etiología. Con el paso del tiempo la escalera analgésica inicial ha ido sufriendo modificaciones y actualmente algunos autores contemplan una escalera para el dolor nociceptivo y otra para el dolor

neuropático. En la tabla 2 se ilustra la analgesia nociceptiva, en la que se excluye el cuarto escalón por estar destinado a la administración epidural de opioides, bloqueos simpáticos y otras técnicas analgésicas quirúrgicas. <sup>(2)</sup>

En el mismo orden de ideas, los cuidados paliativos son proporcionados para cumplir con los objetivos establecidos como es el alivio del dolor y otros síntomas, por ello el profesional de enfermería como integrante del equipo multidisciplinario de salud promueve y ejecuta acciones para el alivio del dolor; los cuidados de enfermería deben iniciarse cuando se diagnostica la enfermedad y proseguir durante el curso de la misma. Por tal motivo López E.<sup>(17)</sup>, recomienda los siguientes cuidados paliativos de los profesionales de enfermería: Administrar los analgésicos necesarios según prescripción médica, manteniendo al adulto sin dolor. Emplear la analgesia por vía oral siempre que sea posible, planificar los cuidados de manera que se realicen después de la administración de la analgesia registrando la eficacia de los analgésicos, por si fuera necesaria regular la dosis. No usar nunca placebo, mantener una comunicación constante para tranquilizar al paciente y así paliar el dolor <sup>(17)</sup>.

Ahora bien, los pacientes con dolor neuropático presentan mayor intensidad álgica, peor calidad de vida y menor alivio con el tratamiento que los que sólo presentan dolor nociceptivo. Durante la realización del presente trabajo se han expuesto los distintos síntomas con especial énfasis en la necesidad de identificar los factores etiológicos para enfocar su abordaje terapéutico inicial, sin embargo cuando se identifica el origen del dolor neuropático, en pocas ocasiones se puede actuar sobre el agente causal y menos aún eliminarlo, por lo que se suele considerar el tratamiento sintomático farmacológico como primera línea de actuación.

Al igual que en el dolor nociceptivo, la evaluación del dolor neuropático debe ser hecha en forma seriada para establecer su evolución y modificar la terapia en función de ella. Lugar, intensidad, duración, características del mismo, respuesta el

tratamiento usado, terapia coadyuvante y enfermedades asociadas deben ser analizadas y documentadas en la historia clínica como se muestra en la tabla 3 <sup>(16)</sup>.

En la tabla 4, se muestran la escalera analgésica neuropática, en la que se suprime el cuarto escalón por estar destinado a técnicas invasivas de realización hospitalaria <sup>(16)</sup>.

Por lo anteriormente expuesto, los cuidados de enfermería especializada serán los siguientes: tener presente las definiciones de sufrimiento y dolor de cada paciente; evaluar el dolor antes de la consulta médica y de ser posible iniciar el tratamiento con la finalidad de que pueda ser evaluado exhaustivamente por el médico especialista en medicina paliativa, para ello debe tomar en cuenta elementos específicos sobre la valoración del dolor como son: intensidad, localización, característica, duración, posible causa, fármacos que ha ingerido; no utilizar placebos; asegurar la compatibilidad de los fármacos administrados y de sus posibles reacciones adversas; utilizar dosis correctas según vía de administración del fármaco. Utilizar tablas para el cálculo de dosis y/o corroborar las mismas <sup>(17)</sup>.

Entre otros aspectos de los cuidados de enfermería están: evaluar y registrar la eficacia analgésica y administrar dosis rescate si fuera necesario, observar si la medicación analgésica administrada produce algún efecto adverso, controlar signos vitales antes y después de la administración de cualquier medicación, administrar con precaución los fármacos analgésicos por vía endovenosa; administrar en bolus lento para evitar posibles reacciones adversas. Al registrar la dosis de opioide especificar: opioide que administra, vía de administración, si es solución o jarabe registrar tipo, concentración y cantidad administrada, si es comprimido igualmente el registro debe ser exacto (tipo, mg, y número de comprimidos).

Informar y consultar con el médico responsable cualquier duda, desconocimiento o cambios del paciente durante el tratamiento, registrar e informar el número de rescates que el paciente ha utilizado antes de ingresar a la consulta para que el

médico pueda titular la dosis, chequear que los rescates no se hayan hecho con opioides de liberación prolongada.

Asimismo el profesional de enfermería debe establecer buena comunicación: con el paciente, la familia y el equipo de salud.

Comunicación con el paciente: demostrar interés, escuchar, ser paciente, actuar con tranquilidad y serenidad; si es posible permitir que brinde información sobre el dolor causas, medicación previa, efectos secundarios y que participe en la toma de decisiones.

Comunicación con la familia: favorecer su integración en el cuidado, valorar y escuchar sus opiniones, brindarle información, orientarle en el cuidado que debe realizar al familiar con problemas de salud que está llevando a la consulta de cuidados paliativos.

Comunicación con el equipo de salud: establecer objetivos y planes de cuidado, unificar criterios, conceptos e información que se dará al paciente y su familia. Solicitar la intervención de las diferentes disciplinas si es necesario.

Es importante que el profesional de enfermería tenga en cuenta que debe evitarlo siguiente: juzgar el dolor que el paciente manifiesta tener; decir que es lógico que le duela; decir que es imposible que le duela porque los analgésicos administrados deberían haber aliviado el dolor; decir que ya no puede subir la dosis porque puede provocar adicción u otro efecto secundario; decir que ya no puede hacer más nada para aliviar el dolor.

### **Control de síntomas asociados**

El control de los síntomas son parte de los cuidados que se deben mantener en los pacientes a fin de mejorar la calidad de vida, los mismos pueden estar asociados a la enfermedad o al tratamiento y pueden ser variados.

## **Síntomas relacionados con la respiración**

La disnea y el dolor son los síntomas que producen mayor impacto en el paciente oncológico en situación paliativa, siendo muy discapacitantes y menoscabando su calidad de vida. La prevalencia oscila entre 21 y 64% según la naturaleza de la patología de base, llegando al 90% en los últimos días de vida <sup>(14)</sup>.

La disnea se define como la dificultad para respirar, sensación de falta de aire o la percepción de un trabajo respiratorio excesivo <sup>(2)</sup>.

En el adulto con cáncer, la respiración puede estar alterada por diversas causas:

*Relacionadas con la enfermedad:* como es el derrame pleural o pericárdico, compresión, invasión de otros órganos en el caso de las enfermedades oncológicas, linfangitis carcinomatosa, atelectasia, ascitis, distensión abdominal, infiltrado pulmonar, síndrome de vena cava superior.

*Relacionados con el tratamiento:* en este caso se puede presentar fibrosis post radioterapia, fibrosis o patología pulmonar post quimioterapia, anemia/ trombocitopenia.

*Relacionados a patologías asociadas:* Tromboembolismo pulmonar, Infecciones, enfermedad de la pared torácica o músculos respiratorios.

Estos síntomas tienen un deterioro emocional por la disminución de la actividad diaria, que ocasiona que el paciente se desgaste psicológicamente y socialmente con disminución de las relaciones personales y familiares.

Con base a los síntomas relacionados con la respiración los objetivos a cumplir de la atención de enfermería especializada son: mejorar la capacidad ventilatoria en la medida de lo posible, romper el círculo que se forma entre el aumento de la ineficacia

respiratoria, taquipnea y el aumento de la ansiedad, calmar los excesos de tos, reducir la ansiedad del paciente y la familia, fomentar el reposo.

Los cuidados que el profesional de enfermería puede llevar a cabo para solventar los problemas relacionados con la respiración son muchos pero se coincide con López E<sup>(17)</sup>, quien en el año 2004 propone las siguientes acciones: colocar al paciente en la posición más cómoda: cama incorporada de 30°, 45°, 60° o 90°, decúbito lateral con almohadas, aplicar O<sub>2</sub> humedecido con mascarilla o cánulas nasales si le facilita la respiración y se encuentra más cómodo, aspiración de secreciones sólo si es imprescindible y como última medida, ya que es una técnica muy traumática, y puede empeorar la disnea.

Para las autoras del presente trabajo, la aspiración de secreciones no solo es una técnica muy traumática como lo señala López, sino que disminuye la luz respiratoria evitando la entrada de aire sobre todo cuando hay patología pulmonar, es una técnica que solo se debe realizar si el paciente no maneja efectivamente la secreción y si esa secreción está originando la dificultad respiratoria, por lo tanto se realizará la aspiración como técnica de higiene broncopulmonar si va a favorecer la ventilación en el paciente, al mismo tiempo es recomendable fluidificar y humedecer las secreciones de las vías respiratorias para favorecer su salida, se deben administrar aerosoles como tratamiento para nebulizar, auscultación de los pulmones antes y después de cada administración de nebuloterapia, humidificar el aire ambiental.

Como elemento para disminuir el ataque de pánico que producen los dispositivos utilizados para mejorar la respiración se puede mantener la habitación confortable, dejar a su alcance los objetos personales de uso más frecuente. Explicar e informar de todos los procedimientos a realizar, movilizar al paciente únicamente para favorecer comodidad y evitar lesiones en piel ya que la movilidad excesiva puede producir dolor y agitación que repercute en aumento de la disnea. Permitir la presencia siempre de un familiar para darle seguridad, animar al paciente y a la

familia a que expresen sus miedos y preocupaciones, ofrecer tranquilidad, permaneciendo con ellos durante períodos de mayor dificultad.

Las autoras del presente trabajo consideran que es importante para el profesional de enfermería especializada que provee los cuidados paliativos controlar las reacciones personales que aparecen durante la asistencia de un paciente con disnea; es importante evitar la ansiedad y el miedo que suelen aparecer y actuar con seguridad y tranquilidad.

El reconocimiento precoz y la actuación eficaz ante la reagudización de la disnea disminuyen los ingresos hospitalarios, a la vez que reducen el tiempo de estadía durante las hospitalizaciones del paciente oncológico con disnea por lo que se recomienda la inclusión de las siguientes medidas a los cuidados del paciente oncológico<sup>(18)</sup>

### **Medidas preventivas**

Tener presente las causas de disnea de cada paciente en particular; identificar a los pacientes de riesgo y extremar su valoración y vigilancia; enseñar técnicas de reducción de actividad muscular y modificación de hábitos de vida en el hogar que generan disnea: disminuir frecuencia e intensidad de ejercicios, modificar la altura de la cama para evitar esfuerzos al acostarse y levantarse, evitar subir escaleras<sup>(18)</sup>.

### **Medidas generales de tratamiento**

Técnicas de relajación implementadas por profesionales capacitados psicólogos, psiquiatras entre las cuales se debe incluir enseñar al paciente ejercicios respiratorios y supervisar la relajación como es la respiración diafragmática la cual se realiza sentando al paciente, colocarle una mano sobre el abdomen debajo de las costillas y otra sobre el tórax para que note la elevación y el descenso del tórax.

Pedirle que respire lenta y profundamente por la nariz y sienta el movimiento de las manos. Instruirlo para que al expirar contraiga el abdomen y elimine el aire por la boca con los labios fruncidos. Realizar el ejercicio por un minuto y descansar dos <sup>(18)</sup>.

Respiración efectiva: hacer que el paciente inspire el aire por la boca o nariz profundamente. Pedirle que lo retenga por unos segundos y lo expulse por la boca lentamente y con los labios fruncidos. La expiración debe durar el doble que la inspiración.

Usar maniobras no invasivas de limpieza bronquial para facilitar la expectoración si el paciente lo tolera. Las vibraciones producidas por el palmoteo sobre el tórax posterior ayudan a movilizar la secreción bronquial, se debe tener disponible el oxígeno humidificado; administrarlo según la necesidad del paciente, realizar oximetría percutánea si tiene la posibilidad y evitar las comidas abundantes además de alimentos que producen gases ya que llenan en exceso el estómago y dificultan los movimientos diafragmáticos.

### **Medidas específicas de tratamiento en crisis**

No dejar al paciente solo: acompañarlo para disminuir el miedo y la ansiedad. Disminuir la ansiedad transmitiendo tranquilidad, confianza, seguridad en las acciones y control de la situación, mantener un ambiente tranquilo, silencioso y sereno alrededor del paciente evitando ruidos molestos.

Administrar una dosis de rescate de morfina si está indicada como analgésico o para tranquilizarlo, lo cual le disminuye la angustia y por ende la disnea. Se debe considerar la posibilidad de soporte respiratorio mediante ventilación no invasiva ya que esta técnica mejora considerablemente la disnea y la calidad de vida de los pacientes candidatos capaces de tolerarla, puesto que facilita el intercambio de gases y disminuye el trabajo respiratorio.

Administrar oxígeno humidificado. Colocar al paciente en la posición más cómoda para él; generalmente suele ser sentado o semisentado porque se aprovecha mejor el volumen pulmonar y la utilización de los músculos.

Cuidados en la administración de oxígeno: Elegir el método no invasivo más cómodo y práctico para el paciente, asegurando que los extremos de las cánulas o máscaras sigan la curvatura fisiológica de la nariz y evitar el apoyo continuo de los lentes o máscaras en un mismo punto para prevenir lesiones en la piel. Enseñar al paciente y su familia la dosificación del flujo de oxígeno, como colocar correctamente la máscara o cánula nasal, pues la posición correcta de máscaras o cánulas garantizan su aprovechamiento.

Debe tenerse especial cuidado en administrar siempre oxígeno humidificado para evitar la resequeidad de las mucosas, cambiar diariamente el agua de los humidificadores para prevenir colonización de la misma, informar al paciente y su familia que el uso de oxígeno seca las mucosas. Para evitar esta complicación indicar la ingesta de abundantes líquidos, cepillado de los dientes y buches con bicarbonato por lo menos tres veces por día.

El paciente y su familia deben comprender la importancia de la regulación de la dosis de oxígeno: El oxígeno es considerado medicación y como tal debe ser empleado de acuerdo a las indicaciones el oxígeno prolongado en altas dosis puede provocar depresión respiratoria.

### **Síntomas relacionados con alteraciones bucales**

Las alteraciones de la mucosa oral tienen una prevalencia elevada entre los pacientes oncológicos en cuidado paliativo ambulatorio o domiciliario. Siendo las complicaciones de la cavidad oral más comunes la xerostomía o sequedad de la boca, estomatitis y candidiasis y todas, en mayor o menor grado, dificultan la alimentación, la comunicación verbal, la toma de medicamentos, producen halitosis,

alteraciones en el sentido del gusto, dolor favorecen las caries dentales y en definitiva un gran malestar que, además, va a limitar esta importante vía para la administración del tratamiento.

Para las autoras, los cuidados especializados de los profesionales de enfermería a cargo de los pacientes oncológicos que requieren cuidados paliativos deben ser también dirigidos a mantener en estado óptimo la absorción, metabolismo, manejo de bebidas por lo que debe mantener una hidratación adecuada mediante la continua ingesta de líquidos. Se debe recomendar beber al menos dos litros de agua diarios. Las bebidas con ácido cítrico estimulan la salivación. Evitar bebidas azucaradas que puedan favorecer o empeorar las caries dentales.

Explicar al paciente que debe masticar lentamente, orientar al familiar que prepare los alimentos jugosos o con mucho caldo o salsa, evitando los alimentos secos que se disgregan al masticarlos galletas, frituras.

Buena higiene bucal y dental para reducir el riesgo de infecciones y caries. Los enjuagues orales se realizarán preferiblemente, con soluciones de sal y bicarbonato de sodio. Estas soluciones se deberán preparar disolviendo media cucharadita de sal y media cucharadita de bicarbonato en un vaso de agua caliente.

Otra medida alternativa es el uso de humidificadores ambientales libres de olores en el hogar o en las habitaciones del hospital, principalmente de noche, que alivian la sequedad de la boca y garganta.

El protocolo terapéutico a seguir en caso de estomatitis es sintomático y varía según la intensidad de las lesiones, basándose fundamentalmente en medidas higiénico-dietéticas, evitar la deshidratación, prevención y tratamiento de la sobreinfección y control analgésico. En la tabla 5 se muestra la escala para la valoración de la mucositis de la OMS <sup>(13)</sup>.

Para el profesional de enfermería especializado es importante que el paciente oncológico siga las siguientes recomendaciones generales, ya que el objetivo principal del tratamiento es hacer la mucositis más soportable para que se resuelva el proceso en 7-14 días.

Limpieza de la mucosa oral. Cuando el grado de la mucositis lo permita, hay que usar cepillos dentales de cerdas suaves, que se puede ablandar aún más colocándolo durante 15-30 segundos en agua tibia. Para lesiones más graves son eficaces los cepillos de dientes de espuma o hisopos de algodón. No se recomienda el uso de pasta dental.

Mantener la boca y los labios húmedos. Enjuagues bucales suaves o libres de alcohol, cada 2-4 horas, con solución fisiológica y/o solución de bicarbonato de sodio así como hidratar los labios con cremas de cacao o cremas labiales con aceite de oliva.

Recomendar al paciente, realizar comidas frecuentes y poco abundantes porque el esfuerzo de comer es agotador, sobre todo a partir del grado 2. Evitar la irritación química de la mucosa producida por el tabaco, alcohol, y alimentos muy salados, ácidos y dulces.

Se debe sugerir la ingesta de dieta blanda y un aumento del soporte de líquidos. Valorar de forma multidisciplinaria la administración de suplementos nutricionales. Ante la necesidad de minimizar el contacto de los alimentos con la mucosa se debe recomendar enjuagar la boca después de cada bocado.

En caso de que el paciente utilice prótesis dentales se debe recomendar su uso sólo en horas de las comidas, y luego limpiarlas y dejarlas sumergidas en sustancias antisépticas.

Cabe destacar que una de las complicaciones más frecuente en el paciente oncológico, es la candidiasis oral, en la cual el agente causal es la *Candida albicans*,

por ser habitualmente parte de la flora oral normal. Su crecimiento se debe a la hiposalivación por el uso de quimioterapia, esteroides y radioterapia en el área o cerca de la misma.

Para optimizar la actuación terapéutica en la candidiasis oral es necesario que el profesional de enfermería especializada participe en la corrección de los factores que facilitan la colonización del hongo y tratar las enfermedades subyacentes. En los pacientes oncológicos inmunodeprimidos por el tratamiento o la enfermedad, la candidiasis bucal puede pasar de ser una infección micótica superficial a convertirse en una infección grave y diseminada.

Por consiguiente se recomiendan las siguientes medidas generales de tratamiento que además de aplicarlas el especialista en enfermería oncológica puede orientar al familiar para su aplicación: Mantener una buena higiene bucodental, llevando a cabo una remoción mecánica de la placa con soluciones desbridantes y gasas, cepillos suaves, eliminando los restos alimenticios y los detritos que se acumulan entre los dientes y sobre las mucosas.

Las soluciones desbridantes para la remoción mecánica de la placa de detritos y costras pueden hacerse de dos formas; la primera es  $\frac{3}{4}$  de solución fisiológica +  $\frac{1}{4}$  de agua oxigenada la segunda con  $\frac{1}{2}$  vaso de agua + 1 cucharada de bicarbonato + 3ml de agua oxigenada <sup>(13)</sup>.

### **Síntomas relacionados con la nutrición: Anorexia/caquexia**

Como se ha descrito en el presente trabajo, los pacientes oncológicos que acuden a la unidad oncológica privada Arsuve y que requieren de cuidados paliativos presentan una multitud de problemas con potencial repercusión sobre la nutrición. No obstante el más importante de todos es el síndrome anorexia-caquexia, una forma específica de malnutrición asociada al cáncer que conlleva a un trastorno metabólico profundo.

La pérdida del apetito o anorexia, disminución de peso, pérdida y atrofia de la masa muscular y la desnutrición grave conllevan a la caquexia como síntomas que prevalecen en el paciente oncológico que disminuyen la energía vital y le provoca astenia y apatía, reduciendo considerablemente la calidad de vida.

La etiología de este síndrome representa uno de los problemas más frecuentes en los enfermos con cáncer, con una incidencia de alrededor del 50%. Esta cifra varía en función del tipo de tumor desde 35% en los linfomas hasta el 85% en los pacientes con cáncer gástrico o pancreático y el estadio de la enfermedad; un 25% de los pacientes en estadios iniciales y prácticamente el 100% si se encuentra en fase terminal.<sup>(19)</sup>

La presencia de este síndrome implica peor pronóstico y se asocia con numerosos síntomas, como anorexia, náuseas crónicas, saciedad precoz, astenia, anemia, debilidad, disfunción autonómica, cambios en la imagen corporal, distrés psicológico, todo lo cual produce un impacto negativo sobre la calidad de vida del paciente y de su familia. Por otra parte, a diferencia de lo que ocurre con el dolor y la disnea, estos síntomas son menos estresantes a corto plazo para el paciente y la familia.

Siendo la nutrición parte importante de la salud de todos y especialmente aquellos que requieren de los nutrientes necesarios para sobrellevar mejor el tratamiento contra el cáncer, los cuidados del profesional de enfermería se centran en adaptar los hábitos alimentarios a la necesidad de cada paciente, velar porque las cantidades de comidas sean distribuidas en pequeñas porciones a lo largo del día, en cinco o seis tomas, el paciente debe comer cada vez que tenga hambre, procurando hacer el mayor aporte calórico en el momento de mayor tolerancia, recomendar a los familiares que cuiden el entorno a la hora de tomar alimentos, procurar que le resulte agradable y que coma en una mesa en el comedor acompañado, para evitar la sensación de soledad, si está en cama debe permanecer acompañado mientras ingiera los alimentos.

El tratamiento para el cáncer suele ser difícil para todos los pacientes independientemente de su edad. Los cuidados paliativos suministrados por un profesional de enfermería competente pueden facilitar y mejorar los problemas que aparezcan con la nutrición, ya que podrá reconocer de forma independiente y analizará con el familiar el mejor método para mantener al paciente en un nivel de nutrición saludable durante su tratamiento y la enfermedad.

Recomendar a la familia evitar los olores fuertes durante la elaboración de la comida, pueden llegar a provocar saciedad y aversión. Evitar condimentos artificiales y temperaturas extremas. Incrementar la apetencia a los alimentos elaborando comida casera de fácil deglución y digestibilidad, cuidando su presentación. Recordar los beneficios de la hidratación abundante, procurando que una parte de las bebidas sean energéticas y naturales. Pero que deben evitar la ingesta de los mismos durante la alimentación, para reducir la sensación de llenura. Sugerir la práctica de ejercicios físicos moderados, en la medida de lo posible, sin sobreesfuerzos, ya que pueden estimular el apetito. Los paseos cortos durante la preparación de la comida favorecen, además, el alejamiento de los olores de la cocina.

### **Síntomas relacionados con la digestión: Ascitis**

La acumulación patológica de líquido en la cavidad peritoneal ocurre, principalmente en el 50% de los pacientes con cáncer. Los síntomas que produce están relacionados con el aumento del volumen abdominal y la presencia de edemas en los miembros inferiores. Los más frecuentes son: la molestia abdominal con sensación de pesadez, disnea y ortopnea por elevación del diafragma o por derrame pleural asociados.<sup>(13)</sup>

Los volúmenes pequeños de ascitis menos de dos litros no producen síntomas, pero a medida que se acumula el líquido en la cavidad peritoneal aumenta progresivamente el perímetro del abdomen y comienzan los síntomas; además de los

indicados, estos pacientes pueden presentar saciedad precoz, dolor, náuseas y pirosis.

El objetivo del tratamiento de la ascitis es la movilización del líquido intraperitoneal y la prevención de su reaccumulación, para lo cual se debe conseguir un balance negativo de sodio excreción de sodio superior a la ingesta que favorecerá la reducción del volumen del líquido extracelular.

De este modo, los objetivos del cuidado de enfermería competente se encaminaran en lo siguiente: mantener reposo en cama. Los pacientes con ascitis presentan alteraciones en la excreción renal del sodio, reduciéndose la respuesta natriurética a la administración de cloruro sódico o bien presentando una respuesta anormal a los cambios posturales, de forma que se reduce la excreción durante la bipedestación y aumenta con el decúbito, mientras que los pacientes con ascitis moderada, el volumen de líquido intraperitoneal puede disminuir con el reposo y la restricción de sodio en la dieta.

### **Síntomas relacionados con la eliminación: Diarrea**

“Definida clásicamente como un aumento en la producción de las heces de escasa consistencia la masa normal es de 100-200gr/día” <sup>(18)</sup>. En el paciente oncológico la diarrea puede desencadenarse, además de por las causas habituales, tanto por el propio cáncer como de su tratamiento.

La alteración de la absorción o de la digestión de alimentos es otra de las causas de la aparición de diarrea en el paciente oncológico, pero su etiología más frecuente es la producida por los fármacos, bien por la quimioterapia o por antibioticoterapia profiláctica.

La diarrea puede ocurrir en cualquier momento durante la serie continua de cuidados que se realizan en la persona con cáncer y sus efectos pueden ser devastadores desde el punto de vista físico y emocional, por esta razón enfermería centra sus

objetivos en la prevención y la restauración de la deshidratación con las siguientes acciones: recomendar un período inicial de ayuno de 8 a 24 horas, ingiriendo agua o bebidas isotónicas cuando la diarrea es leve. Si la diarrea no cede se debe comenzar una hidratación y reposición de electrolitos con soluciones de rehidratación oral o en su defecto soluciones isotónicas, la forma en que se administre la hidratación va a depender de las condiciones clínicas del paciente, pues está condicionada si puede ingerir y si la tolera, por ello debe mantener evaluación continua tanto de enfermería como médica con el fin de que realice las indicaciones pertinentes.

Otro aspecto en el cuidado de enfermería es la administración de alimentos que consista en evitar condimentos, grasas, alimentos de difícil digestión y los ricos en fibra. Se comenzará con arroz blanco, pollo o pescado, hervidos, pan tostado, antes de pasar a la alimentación normal, se introducen pequeñas cantidades de yogurt descremado, carne y pescado a la plancha y verduras hervidas.

Si la diarrea es secundaria a la impactación fecal por rebosamiento, será necesaria la remoción mecánica de las heces retenidas o el uso de laxantes bajo prescripción médica.

Los pacientes que presentan alteración de la absorción o de la digestión de alimentos y fundamentalmente los afectados por cáncer de páncreas suelen presentar cuadros de esteatorrea por lo que el profesional de enfermería especializada debe recomendar una dieta pobre en grasas en los casos en que dicha esteatorrea sea intratable. Del mismo modo la total abstinencia alcohólica sobre todo en el caso de los pacientes con reciente diagnóstico oncológico que son tratados por cuidados paliativos que tienen como estilo de vida la ingesta de licor, pues los que ya están en etapa avanzada de la enfermedad por lo general no presentan ese hábito. Además se debe enseñar a la familia a realizar un registro de la ingesta y la eliminación, hacer balance hídrico, en caso de que el paciente esté en el hogar.

Valorar signos vitales, turgencia de la piel, hidratación de la mucosa, registrar peso, se recomienda no pesar diariamente para no molestar mucho al paciente, registrar duración, frecuencia, características y cantidad de las heces.

Realizar lavado de manos antes y después del contacto con el paciente, poner los pañales bien ajustados para impedir la salida de las heces alrededor del pañal y cambiarlo frecuentemente, recoger muestra para coprocultivos y enviar al laboratorio de microbiología para verificar la necesidad de tratamiento, cabe destacar que el curso temporal de la diarrea y el desarrollo de los síntomas concomitantes son clave para determinar la etiología.

Enseñar a los pacientes ya la familia la importancia del lavado de las manos antes y después de cambiar el pañal o de realizar higiene y confort al paciente tomar medidas de aislamiento si es necesario, limpiar zona rectal e ingule con agua y jabón; secar, colocar pasta al agua protectora.

### **Síntomas relacionados con la eliminación: Estreñimiento**

El estreñimiento aparece con una frecuencia del 70-80% en pacientes oncológicos en fase terminal y hasta el 90% en pacientes tratados con opioides, considerándose el tercer síntoma después del dolor y la anorexia <sup>(13)</sup>.

Este síntoma se ha definido clásicamente como la dificultad o la infrecuencia para expulsar las heces <sup>(19)</sup>. Suele manejarse el criterio de tres deposiciones a la semana como límite inferior de la normalidad. Sin embargo, y más en población oncológica, el diagnóstico no debe realizarse sólo en función de este criterio. Puede aparecer como síntoma debut del cáncer o desarrollarse con la evolución de los tratamientos de la enfermedad. En cualquier caso es un síntoma infraestimado que se encuentra presente en cerca de la mitad de los pacientes con cáncer avanzado y aún más cuando reciben tratamiento con opioides.

Los síntomas referidos por los pacientes, en diverso grado y número, incluyen: esfuerzo defecatorio, heces duras, infrecuencia, tenesmo rectal, molestias abdominales, flatulencias y sensación de evacuación incompleta. Al hablar con el paciente sobre el problema, no se debe olvidar que a veces el paciente puede aquejar una diarrea que, en realidad, es expresión de un grave estreñimiento con un paso marginal de residuos líquidos.

Los cuidados de los profesionales de enfermería especializada deben encaminarse inicialmente en la prevención, mediante medidas generales y dietéticas, a la eliminación de causas tratables y al uso racional de los laxantes. Las tres medidas básicas recomendadas son:

**Dieta.** La dieta rica en fibra está indicada para prevenir el estreñimiento, una vez instaurado este síntoma se necesitan volúmenes muy elevados de fibra para conseguir un aumento del peso de las heces y reducir el tiempo de tránsito intestinal, por lo cual los pacientes tratados con opioides o con escasa ingesta hídrica corren el riesgo de sufrir impactación fecal.

**Hidratación.** Son necesarios al menos dos litros de agua diarios para facilitar la hidratación y aumento del volumen de las heces y para asegurar la eficacia de la fibra dietética. Generalmente, la capacidad para deglutir suele disminuir conforme progresa la enfermedad. Hay que suprimir los líquidos con cafeína por su efecto astringente.

**Ejercicio.** La actividad física contribuye a una mejoría del bienestar general y favorece el aumento del tránsito intestinal. Aunque este objetivo es difícilmente alcanzable en la gran mayoría de los pacientes oncológicos en cuidado paliativo por sus limitadas condiciones, de debe potenciar la movilidad en la medida de lo posible.

Otras medidas no menos importantes que el profesional especializado de enfermería debe considerar son:

Aconsejar a la familia que deben preservar la intimidad. Hay que proporcionar al paciente durante el acto íntimo de la defecación, así como aportarle la comodidad necesaria para realizarla y/o facilitar el acceso al inodoro.

Enseñar al familiar como realizar masajes abdominales: es una técnica de estimulación intestinal que pueden ser de utilidad para prevenir y tratar el estreñimiento. Con la mano cerrada se realizan movimientos rotatorios desde la fosa ilíaca derecha hasta el centro, por encima del ombligo, desplazándose hacia el lado izquierdo y bajando hasta la fosa ilíaca izquierda. Este masaje debe realizarse durante 15-20 minutos con cremas hidratantes o aceites.

Desimpactación fecal. Ante la existencia de fecaloma a pesar del tratamiento con laxantes, y debe realizarse la técnica de extracción manual.

### **Síntomas relacionados con la eliminación: Náuseas y Vómitos**

A pesar de los grandes avances alcanzados en la terapia antiemética, en particular a raíz de la introducción de los antagonistas del receptor 5-hidroxitriptamina (5-HT3) mostrados en la tabla 6, las náuseas y los vómitos continúan siendo uno de los efectos secundarios más temidos por los pacientes oncológicos que reciben tratamiento quimioterapéutico<sup>(19)</sup>.

Las náuseas y los vómitos continúan siendo un problema significativo en los pacientes que reciben quimioterapia, principalmente después de las primeras 24 horas, los antagonistas de las 5-HT3 han mejorado la prevención y el control de la émesis aguda pero su eficacia no es muy conocida en el control de la émesis retardada y de las náuseas.

El equipo multidisciplinario de salud debe valorar la causa de náuseas y vómitos experimentados por los pacientes en tratamiento con quimioterapia y optimizar su

control para mejorar su calidad de vida, debido a que esa sensación es una de las causas del deterioro del estado físico que debe ser controlado y evaluado por el profesional de enfermería oncológica.

Las náuseas son el fenómeno subjetivo de una sensación oscilatoria desagradable que se presenta que puede o no culminar en vómito. El vómito es la expulsión del contenido gástrico, duodenal o yeyunal a través de la cavidad oral. Las arcadas son los movimientos gástricos o esofágicos para vomitar sin que haya expulsión del contenido, también conocidas como “vómito seco”<sup>(19)</sup>.

Se definen tres tipos de émesis inducida por la quimioterapia:<sup>(18)</sup>

Aguda: aparece en las primeras 24 horas siguientes a la administración de la quimioterapia. Suele aparecer en las primeras 2 horas y resulta máxima a las 4-6 horas.

Retardada: se presenta después de las primeras 24 horas de administrada la quimioterapia, generalmente a las 48-72 horas, y se resuelve en los siguientes dos o tres días. En la fase retardada la frecuencia y el número de episodios de vómitos son menores que en la fase aguda.

Anticipatorias: se trata de una respuesta condicionada en pacientes que han presentado náuseas y vómitos de manera significativa en los ciclos previos de quimioterapia. Después del tercer o cuarto ciclo, un 20-40% de los pacientes presentan este síndrome.

Al igual que para mayoría de los síntomas anteriormente expuestos en el trabajo tratados por el profesional de enfermería especializada en cuidados paliativos del paciente oncológico el abordaje terapéutico es etiológico, dependiendo de la causa bastará con una monoterapia o precisará la asociación de varios fármacos.

Por tal motivo, las recomendaciones generales para el tratamiento de las náuseas y vómitos son las siguientes: administrar los antieméticos de manera reglada es decir fijos.

Evaluar signos vitales y si persiste el vómito hacer el llamado al residente de guardia posterior a la valoración del paciente, donde el especialista en enfermería oncológica debe identificar si están cubiertos todos los receptores del vómito de manera que pueda ofrecer datos que permitan una nueva indicación de antiemético, en tal sentido debe evaluar y registrar la intensidad de las náuseas y los vómitos que se muestran en la tabla 7<sup>(18)</sup>.

Mantener al paciente en dieta absoluta durante los vómitos de repetición o intensos. Cuando desaparecen, se comienza a ofrecer pequeños sorbos, cada 10-15 minutos, de zumos no ácidos, infusiones, consomé o caldo de verduras y se aumenta el volumen progresivamente.

En el caso que se plantea en el presente trabajo, por ser paciente ambulatorio se debe recomendar a la familia que si pasan 24 horas sin vómitos se debe iniciar en casa una dieta blanda suave con batidos, puré de verduras; posteriormente añadir proteínas magras, hasta volver a la dieta habitual.

Para evitar la aparición de náuseas y vómitos se debe recomendar:

Comidas poca cantidad y frecuentes por lo menos cinco o seis veces al día masticando despacio y en un ambiente tranquilo.

Recomendar aspectos que ayuden al familiar en el cuidado del paciente entre los cuales están: que la textura de las comidas deben ser homogéneas y a temperatura ambiente; las comidas calientes favorecen las náuseas; las náuseas matutinas se pueden evitar tomando alimentos secos como pan tostado, galletas o cereales, otro aspecto importante es evitar los olores intensos o desagradables; en ocasiones el propio olor de la cocina les resulta a los pacientes repulsivo.

Permanecer relajado y sentado después de comer. Si el paciente debe estar en cama, que la cabeza quede por encima del nivel de los pies, recomendar la utilización de ropa cómoda, holgada y que no oprima el abdomen.

La enfermedad oncológica supone en cualquiera de sus estadios importantes desafíos al equilibrio biopsicosocial de la persona que la sufre y al conjunto de su red de relaciones significativas. En todas las fases de la enfermedad: anticipación, diagnóstico, tratamiento, remisión, exacerbación o período terminal, el paciente y su familia afrontan importantes niveles de estrés que les hacen más vulnerables para presentar trastornos emocionales, con más frecuencia como la ansiedad y/o depresión.

La importancia de la detección y el planteamiento terapéutico se basa que en la mayoría de las veces estos trastornos son susceptibles de tratamiento y, con ello, de conseguir mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad.

### **Síntomas neuropsiquiátricos: Ansiedad**

La ansiedad es una respuesta emocional normal, aunque desagradable, durante la cual la persona se siente nerviosa, preocupada y alerta ante la percepción de una amenaza, manteniéndola a la expectativa para hacerle frente, ya sea mediante el enfrentamiento o mediante la huida.

En el paciente oncológico en situación paliativa y sus familiares la amenaza perdura hasta el momento del fallecimiento, lo que puede provocar una respuesta persistente, constante y angustiosa, a la vez que se convierte en una situación de sufrimiento con inadaptación progresiva.

Éste síntoma a menudo se manifiesta en diferentes momentos durante las pruebas diagnósticas para detección del cáncer, tras su diagnóstico o durante el tratamiento.

Se considera motivo de alerta para el profesional de enfermería especializado la ansiedad incontrolable y duradera, que puede asociarse a una incapacidad para simular la información o para cooperar durante los procedimientos en la sala de quimioterapia o médicos; también puede manifestarse como temor intenso ante circunstancias nimias, inquietud o agitación psicomotriz y trastornos del sueño.

Entre los factores que propician el empeoramiento de este síntoma destacan: el aburrimiento, la falta de estímulos, la sintomatología somática de la patología de base, una analgesia inadecuada, la proximidad de intervenciones dolorosas o molestas y los antecedentes de enfermedades psicológicas graves.

Cabe destacar, que el deterioro emocional del paciente en situación de terminalidad puede comprometer la adherencia al tratamiento e incluso a la vida misma al favorecer la ideación suicida. Es necesaria la evaluación de los niveles de ansiedad y depresión para establecer la actuación preventiva más adecuada; para esto se utiliza por los psicólogos la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), que se muestra en la tabla 8<sup>(16)</sup>.

Los estudios más recientes indican que el tratamiento de la depresión y de los trastornos ansiosos o mixtos en pacientes con enfermedades neoplásicas mejora tanto la calidad de vida como la satisfacción subjetiva y la adherencia al tratamiento de dichos pacientes<sup>(19)</sup>. En la mayoría de las ocasiones el tratamiento combinado psicofarmacológico y psicoterapéutico se ha mostrado más efectivo, lo que apoya la idea de que la mayoría de las intervenciones sobre la ansiedad y la depresión requieren múltiples estrategias, como parte del tratamiento integral del paciente oncológico y la actuación de todo el equipo multidisciplinario.

Los cuidados paliativos de los profesionales de enfermería especialista se centran en el modelo de counselling:<sup>(14)</sup>

Concentración en los sentimientos. El primer paso en el proceso de ayuda emocional consiste en valorar los sentimientos del paciente, el significado que da a la enfermedad, la comunicación y el apoyo con el entorno, la existencia de conflictos emocionales no resueltos. Para esta valoración inicial ayuda con el conocimiento de la personalidad del paciente que aporta la familia.

No juzgar. Aunque el profesional de enfermería no esté de acuerdo con su forma de pensar ni comparta sus creencias, es imprescindible evitar el juicio o la crítica. Cuando se desarrolla esta actitud se avanza bastante en el proceso de soporte psicoemocional y acompañamiento.

Evitando el enjuiciamiento se favorece la autoaceptación del paciente y estimula la actitud de explorarse a sí mismo para superar las dificultades.

Ser empáticos. Acercamiento afectivo a la situación del paciente, evitando en la medida de lo posible establecer vínculos que involucren sentimentalmente al profesional de enfermería, para comprender sus necesidades, sentimientos y problemas y responder correctamente a sus reacciones emocionales; hacerle ver que lo que siente y piensa es importante; no confundir ser empáticos con ser simpáticos, la simpatía es un fenómeno afectivo superficial que suele llevar implícitos sentimientos de pena o de lástima, sin embargo en este caso la simpatía se mantiene como sentimiento hacia el paciente para ayudar y apoyar emocionalmente.

Centrarse en el proceso emocional, no en la búsqueda de su origen. Las intervenciones de apoyo emocional están encaminadas a ayudar al paciente a la superación del trastorno de adaptación y aliviar el sufrimiento psicológico.

No asumir la responsabilidad del problema. Una interacción excesivamente intensa con el paciente puede hacer que el profesional de enfermería se sienta responsable de su problema y lo interiorice. Esta situación llega a convertirse en estresante y

produce el agotamiento emocional del orientador, impidiendo la continuidad del apoyo psicológico es decir puede presentar síndrome de burnout.

No interpretar la situación del paciente. No es recomendable buscar el significado de la conducta y de las experiencias. Cuando el paciente decida narrar aspectos de su historia personal, se debe facilitar esta enriquecedora actividad demostrando interés, para que pueda retomar el contacto con sus propias vivencias, estimulando el recuerdo emocional de las experiencias agradables, sin análisis ni censuras.

Concentrar el apoyo emocional en el presente. Aunque la actividad del punto anteriormente expuesto suele ser gratificante, hay que ser cautos y desviar la conversación cuando la remoción del pasado provoque la continua aparición de sentimientos nostálgicos, que pueden ser contraproducentes en la terapia de ayuda.

### **Apoyo emocional al enfermo y la familia de los profesionales de enfermería especializados en cuidados paliativos en la fase terminal de la vida**

El miedo a la muerte se manifiesta de muy diversas formas; una de las presentaciones más frecuentes es la negación de la misma. La aproximación a la muerte produce cambios importantes en el comportamiento del paciente oncológico en fase terminal y en su familia, y en las actitudes de la persona que la experimenta, así como aportaciones decisivas a su salud psíquica y a su capacidad de gozar de la vida.

Los pacientes no consideran suficiente que se les diga que piensen positivamente. Necesitan un ambiente positivo en sus cuidados ya que la comunicación es una necesidad básica humana. Una correcta relación enfermero- paciente puede atenuar el temor, la ansiedad, la indefensión y la incertidumbre que hacen tan vulnerables a los pacientes oncológicos. La falta de comunicación con los profesionales de enfermería de las salas de quimioterapia, familiares y amigos conduce al distanciamiento doloroso y a la alineación del paciente.

Por tal motivo, dentro de los objetivos del cuidado paliativo del profesional de enfermería están: construir una relación de confianza equipo enfermera-paciente y fomentar la comunicación, desarrollar o aumentar los sentimientos de autoestima, reducir o aliviar el miedo a lo desconocido, permitir las conductas regresivas y la expresión de emociones a su nivel, proporcionar entretenimiento y ofrecer actividades apropiadas a su edad y a su estado, promover la autoayuda, siempre que sea posible.

Animar al paciente a que exprese sus emociones y sentimientos en la forma más cómoda, tanto verbal como no verbal, dar la posibilidad de preguntar y expresar miedos, establecer una relación honesta y sincera. Utilizar un tono de voz moderado, usar el silencio y la atención activa mientras se escucha para poder interactuar correctamente.

Una definición y herramienta que se debe tener presente en la fase de terminalidad de la vida es la “haptonomía.” Procede del griego “hapto”, que significa tocar, tomar contacto, entrar en relación, y de “nomos” que en este caso se refiera a las reglas que rigen la relación táctil. En otras palabras significa acercamiento táctil afectivo<sup>(9)</sup>.

En muchas ocasiones el contacto físico transmite lo que no pueden hacer las palabras. Es un medio de comunicación mediante el cual resulta fácil transmitir estados emotivos como afecto, solidaridad, disponibilidad, cercanía y cariño en situaciones en la que las palabras no funcionan.

Algunos actos típicos de contacto corpóreo son: estrechar la mano, apoyar sobre el hombro o brazo de la persona, abrazar, secar el sudor de la frente y hacer caricias. El contacto lleno de respeto hacia la persona la hace sentirse digna, importante incluso en el proceso de inconsciencia que precede al desenlace.

Los últimos días de la vida de un enfermo oncológico terminal constituyen un proceso de duración variable en el que la vida se extingue gradualmente como consecuencia

de la evolución de la enfermedad primaria y las disfunciones orgánicas que ha ido produciendo durante su desarrollo.

Por tal razón, el equipo multidisciplinario debe dar información gradual, progresiva, sencilla y sin falsas expectativas a los familiares del enfermo; asegurar atención y cuidados personalizados, valorar que actividades puede realizar, facilitárselas y pedir su consentimiento, facilitar la compañía permanente de los familiares en caso de que esté hospitalizado, dejándoles en una habitación cuando el paciente muera para que puedan despedirse con intimidad.

Cuando el equipo terapéutico conoce al paciente y su evolución, será más sencilla la comunicación con los familiares. El profesional de enfermería debe ganar y merecer la confianza no sólo del paciente con cáncer sino también de la familia por la ejecución de determinadas competencias asertivas y por la lealtad que ello implica. Dicha percepción influye simultáneamente en la situación emocional y afectiva del binomio paciente-familia en la fase terminal.

Una vez establecido el diagnóstico de situación de los últimos días, la intervención debe ir encaminada a cumplir dos objetivos fundamentales:<sup>(13)</sup> El control sintomático, suprimiendo actuaciones y fármacos innecesarios. La instauración de la comunicación empática con los familiares y, si fuera posible y se estimara oportuno para no alterar la tranquilidad, con el mismo paciente.

Por lo expuesto, los objetivos del cuidado son: mantenerles informados en todo momento con claridad y precisión. Lograr que los miembros de la familia se involucren en la planificación y ejecución de los cuidados del paciente en situación de los últimos días. Reducir temores y angustias en la familia.

El profesional de enfermería especializada debe haber establecido una relación empática con la familia, con el fin de favorecer un ambiente sereno de

acompañamiento en el que prevalezca el diálogo cordial y sincero para paliar la tensión emocional y ayudar en la tranquilidad del enfermo.

Para la atención profesional en las unidades de oncología médica se integra un equipo multidisciplinario de salud en el cual está inmerso enfermería cuyo rol de cuidador se posiciona con los conocimientos relacionados al proceso de la enfermedad, las respuestas que de ella se deriven, su cultura, el entorno, su cosmovisión, el cuidado en general a la persona y familia en forma integral como un ser humano, por lo cual el profesional de enfermería debe tener disposición, compromiso, solidaridad, y comprensión afectiva, en el acompañamiento que el paciente y su familia requieren para vivir con calidad y morir con dignidad, tomando en cuenta que ante la imposibilidad de curación los cuidados de enfermería aplicados asumen ser dignos hasta el final de la vida.

En este sentido Marriner <sup>(7)</sup> en el año 2003 hace referencia a lo destacado por Lydia Hall "...solo las enfermeras profesionales y tituladas que puedan responsabilizarse totalmente del cuidado y la enseñanza de los pacientes podrán ocuparse de ellos" <sup>(7)</sup>.

Por consiguiente el profesional de enfermería será capaz de prevenir, valorar e identificar las complicaciones propias de la enfermedad y del tratamiento antineoplásico; diferenciando las reacciones inesperadas, siempre y cuando enfermería cuente no solo con los conocimientos sobre oncología como ciencia sino también de los cambios normales de la patología a tratar y los cuidados específicos a cada paciente tomando en cuenta aspectos que influyan en concordancia con los principios del cuidado paliativo.

De esta manera los principios de los cuidados paliativos constituyen aspectos como proporcionar alivio del dolor y otros síntomas que afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, que no intentan ni acelerar ni retrasar la muerte, integrando los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente, ofreciendo un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir activamente,

como sea posible, hasta el día de la muerte, además ofreciendo un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y el duelo, utilizando una aproximación del equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familiares e incluyendo asistencia emocional, mejorando la calidad de vida y son aplicables de forma precoz durante el curso de la enfermedad<sup>(2)</sup>.

El desarrollo de este concepto en cuidados paliativos permite al equipo multidisciplinario de salud y de cuidados paliativos dar respuestas inmediatas y acertadas a las necesidades del paciente con neoplasia maligna y a su familia, en el momento que aparezcan enfermedades progresivas y sin limitarlo a los últimos días dándole un cuidado progresivo desde estadios precoces, que responda a los problemas según su complejidad y en todos los niveles de atención.

El riesgo del paciente dependerá del grado de sufrimiento o deterioro de la calidad de vida en relación a su patología y no a la probabilidad de morir. Este puede cambiar de un momento a otro, por lo que es indispensable la flexibilidad del sistema a fin de resolver rápidamente las necesidades del paciente y la familia aunque en el presente trabajo se hace mayor énfasis al paciente sin desconocer la importancia de la familia en el cuidado y acompañamiento de su pariente con enfermedad oncológica, por lo que es inminente. En consecuencia, es necesario que enfermería posea la habilidad para reconocer patrones gracias a su experiencia y a sus conocimientos; por tanto debe ser competente en el cuidado paliativo.

Al respecto, Patricia Benner, en el libro de Tomey Marriner<sup>(20)</sup>, define la competencia como “una actuación cualificada que se conoce y se describe según su intención, sus funciones y significado”<sup>(20)</sup>. Es decir, que el profesional de enfermería en los cuidados paliativos cualificada debe ser capaz de elaborar nuevas normas y procedimientos de razonamiento para una planificación, aplicando normas de actuación aprendidas en función de las respuestas de cada paciente, familiar fundamentada en conocimientos teóricos.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo primordial proporcionar el mayor grado de bienestar al enfermo; por ello, es importante la participación del profesional de enfermería cuyo rol es lograr en gran medida cuidados integrales. Dentro de los objetivos de enfermería en los cuidados paliativos se encuentran: Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, buscar el equilibrio físico, psicológico y social del paciente, educar al paciente y familia en relación a la prevención de síntomas, tratamientos, dietas, higiene y cambios posturales, con miras de evitar las crisis<sup>(2)</sup>.

Cuando esto no se logra y el proceso de la enfermedad avanza sin posibilidad de curación, aún le queda a enfermería una gran labor: la de cuidar al paciente hasta el momento de la muerte, controlando todos los problemas que se vayan planteando para conseguir su máximo bienestar, evitar sufrimiento y lograr finalmente que tenga una muerte digna.

Por tal razón, el profesional de enfermería en los cuidados paliativos debe estar preparado con conocimientos teóricos y prácticos para dar relevancia a los cambios en cada paciente propios de la enfermedad o del tratamiento que recibe y poseerá una capacidad de dar respuesta a cada situación a medida que evolucione.

Es por ello que las últimas tendencias en enfermería van encaminadas a lograr la mayor autonomía posible del continuo enfermo-familia y a conservar su dignidad hasta la muerte. En consecuencia el profesional de enfermería ha de prestar sus cuidados atendiendo a las necesidades básicas bio-psico-sociales del paciente y su familia.

Tales cuidados deben ser proporcionados en concordancia con las competencias de enfermería en los cuidados paliativos es por ello que las autoras de la presente investigación hacen referencia al enfoque de los cuidados según Patricia Benner, quien concibe que el dominio de enfermería en la práctica clínica va en distintas dimensiones desde el profesional de enfermería recién graduado como inexperta en

el área que la ocupa hasta el momento en que se vuelve experta en una especialidad determinada.

Para realizar la presente investigación es pertinente destacar que enfermería como ciencia aborda el cuidado desde aspectos filosóficos y basamentos que se vinculen con teóricas estudiosas de modelos que abordan el cuidado como ciencia, este es el caso de Patricia Benner, quien es licenciada en enfermería desde 1964, realizó una maestría en enfermería medico quirúrgica en la escuela de enfermería de San Francisco en la Universidad de California en 1970. Obtuvo el doctorado en estrés, afrontamiento y salud en la Universidad de Berkeley, California en 1982, posee amplia experiencia clínica en cuidados medico quirúrgicos, en cuidados críticos y en el cuidado de salud domiciliario <sup>(11)</sup> lo cual le da el conocimiento para crear su teoría del cuidado a la persona en situación de salud comprometida.

Benner ha sido uno de los modelos a seguir en el desempeño del profesional de enfermería, estudió la práctica de la enfermería clínica para descubrir y describir el conocimiento que sustentaba la práctica enfermero, es decir, el conocimiento que aumenta con el tiempo en una disciplina práctica y que se desarrolla a través del dialogo en relación y en un contexto situacional <sup>(20)</sup>.

Para comprender el desempeño de enfermería según las competencias que fundamenta Benner hay que destacar que aborda el cuidado según la práctica y el conocimiento teórico, por tanto el desarrollo del conocimiento en una disciplina práctica “consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber practico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de esta disciplina”<sup>(20)</sup>, al mismo tiempo considera que enfermería no ha documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos, y que “la falta de estudio y revisión de la práctica y de las observaciones clínicas provoca que la teoría enfermera carezca de la singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta”<sup>(20)</sup>.

Por consiguiente aún existe una necesidad preponderante para consolidar el conocimiento de enfermería a fin de que se realice con basamentos científicos que permitan enaltecer la práctica con cuidados argumentados que dirijan el accionar de enfermería de una manera certera, clara y efectiva lo cual favorecerá las respuestas y mejorará el estado de salud del paciente de cuidados paliativos, tomando en cuenta cada uno de los aspectos que se encuentran alterados y con posibles complicaciones. Es por ello que el sustentar la presente investigación con la teoría de Benner permite señalar que el conocimiento se amplía a partir de investigaciones como la presente, con la realización de estudios especializados y con la práctica continua en las unidades clínicas, donde se integren el saber práctico con el saber teórico.

Así mismo, el conocimiento se va consolidando en la medida que se realiza la práctica por cuanto el mantener una práctica continua permite ampliar el saber práctico y teórico, viéndolo desde ese punto de vista es imprescindible abordar el cuidado de enfermería desde la práctica y el conocimiento, para lograr el cuidado integrado en cada unidad clínica desde la perspectiva de las bases científicas con solidez en el cuidado.

El conocimiento práctico puede ampliar la teoría o desarrollarse antes que las formulas científicas, las situaciones clínicas siempre son más variadas y complicadas de lo que la teoría muestra, por tanto, la práctica clínica es un área de investigación y una fuente de desarrollo del conocimiento<sup>(20)</sup>.

La teoría de Benner destaca que aprendiendo de las situaciones reales de práctica e imitando las acciones de los demás, el profesional de enfermería principiante avanzada, es decir, la persona que demuestre una actuación aceptable después de haberse entrenado con situaciones reales que le den dominio en la práctica, pasa al estadio de competente la cual se caracteriza por una considerable planificación consciente y deliberada que determine los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuáles no, para el cuidado de enfermería<sup>(20)</sup>.

Por otra parte en revisión sobre competencias diferentes autores coinciden con Benner, ya que las definen en diferentes contextos sobre el saber y el hacer, en tal sentido también se agrega lo referente al haber o la actitud, como es lo planteado por Román y Diez, quienes definen la competencia como el desarrollo de capacidades, destrezas y actitudes a través de contenidos y métodos para realizar las actividades propias de la profesión<sup>(21)</sup>, lo que indica que el profesional de enfermería debe obtener conocimientos, que le permitan desenvolverse ante la situación de salud de la persona con cáncer que requiere cuidados paliativos.

Por otra parte la competencia, para Cano, implica por una parte articular conocimientos conceptuales, procedimentales y actitudinales; además se apoya en los rasgos de personalidad del sujeto y asimismo exige la acción reflexiva, es funcional, se aleja del comportamiento estandarizado, cada situación es nueva y diferente<sup>(22)</sup>.

A partir de lo señalado, las autoras del presente trabajo consideran plantear la prestación del cuidado paliativo desde la teoría de Patricia Benner, por lo que no se incluirán los aspectos actitudinales del profesional de enfermería como lo menciona Elena Cano<sup>(22)</sup> y otros autores, a pesar de que enmarca una parte fundamental del cuidado como es la actuación en su desempeño, pues el paciente oncológico debe ser bien tratado por profesionales que conozcan cómo cuidarlo pero también comprendan su situación de salud indistintamente en el contexto en que se encuentre.

De este modo se está planteando en la presente investigación la realización del cuidado a los pacientes con enfermedad oncológica por competencia a partir de sus necesidades y problemas, haciendo énfasis en los aspectos cognitivos y procedimentales, como lo destaca Benner; aunque conscientes de la necesidad de mantener una actitud y disposición hacia la realización de los cuidados porque para la mayoría de los autores los aspectos actitudinales forman parte de las competencias.

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Determinar las competencias de enfermería en los cuidados paliativos al paciente oncológico en la unidad de Oncología Médica privada Arsuve S.C, Centro Médico Docente la Trinidad durante el cuarto trimestre año 2016 según la teoría de Patricia Benner.

### **Objetivos Específicos**

- Describir las competencias del profesional de enfermería en los cuidados paliativos referente a los aspectos cognitivos en el control del dolor, control de síntomas y apoyo psicológico en pacientes oncológicos según la teoría de Patricia Benner.
- Identificar las competencias del profesional de enfermería en los cuidados paliativos en relación a los aspectos procedimentales sobre el control del dolor, control de síntomas y apoyo psicológico en pacientes oncológicos según la teoría de Patricia Benner.

### **Aspectos éticos**

Para la realización de la presente investigación se cumplió con las exigencias desde el punto de vista ético, tanto de la institución hospitalaria y de la Universidad Central de Venezuela, según lo requerido en los trabajos de investigación, por lo que se respeta la integridad del profesional de enfermería que participa en la misma, garantizando el resguardo de su nombre para no poner en evidencia situaciones que menoscaben su integridad como profesional y el derecho a decidir su participación, donde se beneficiará solo con el resultado del trabajo, optimizando los cuidados paliativos al enfermo oncológico, no se ofreció remuneración por el presente estudio.

## **MÉTODOS**

El método de recolección de datos utilizado fue una guía de observación. Dicho instrumento fue diseñado basado en las dimensiones de la variable objeto de estudio de la investigación en curso, la cual está referida a la descripción de las competencias de enfermería en los cuidados paliativos fundamentados en la teoría de Patricia Benner aplicadas en los pacientes que asisten a la Unidad de Oncología Médica Privada Arsuve S.C., en el Centro Médico Docente la Trinidad.

### **Tipo de Investigación**

Este trabajo de investigación se ubica dentro del grupo de investigaciones descriptivas, debido a que busca describir y caracterizar las competencias de enfermería en los cuidados paliativos en la unidad de oncología médica Arsuve S.C bajo un diseño de campo ya que el resultado se obtiene directamente en el sitio donde ocurren los hechos es decir, donde se desempeñan los profesionales de enfermería proporcionando cuidados paliativos al paciente oncológico.

### **Población**

La población está constituida por un total de 10 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Oncología Médica Privada Arsuve S.C., en el Centro Médico Docente la Trinidad, durante el cuarto trimestre año 2016, los cuales constituyen para el presente estudio el 100% de los profesionales de enfermería, por ser estas quienes aportaran la información que servirá de fundamento a la discusión de los resultados desarrollados de esta investigación.

**Criterios de Inclusión:** Todos los profesionales de enfermería que laboran en el turno 7am/4pm, 8am/5pm, 9am/6pm, 10am/7pm en la unidad de Oncología Médica Privada Arsuve S.C.

**Criterios de Exclusión:** No existen criterios de exclusión ya que el estudio será realizado en unidad de Oncología Médica Privada Arsuve S.C., la cual es una

unidad clínica cerrada donde los profesionales de enfermería no rotan por otras unidades.

## **Procedimientos**

Para la realización de la presente investigación se elaboró un consentimiento informado que fue entregado a los participantes objeto de estudio con la finalidad de que conocieran cuál era su participación en la presente investigación, de manera que pudieran evidenciar que se protegen los principios éticos y que no será evidenciada su identidad al obtener tales resultados.

Por otra parte para medir las competencias de enfermería en los cuidados paliativos en pacientes oncológicos fundamentados en la teoría de Patricia Benner, se utilizó como técnica de recolección de datos dos instrumentos que midieron lo que se pretendió obtener, los mismos constan de un cuestionario con preguntas de verdadero y falso que miden los aspectos cognitivos del profesional de enfermería en los cuidados que se aplican para el manejo del dolor, control de signos y apoyo emocional, este cuestionario fue respondido por la población a estudiar; el otro instrumento consta de una guía de observación que midió los procedimientos que realizan los profesionales de enfermería durante los cuidados paliativos a pacientes, el mismo se aplicó con tres observaciones realizadas por las investigadoras.

Los procedimientos utilizados para el desarrollo de esta investigación son los siguientes:

- 1.- Se envió correspondencia al Director de la Comisión de bioética del Centro Médico Docente la Trinidad para solicitar la autorización correspondiente para realizar el estudio.
- 2.- Se estableció contacto con cada uno de los supervisores y/o coordinadores del servicio clínico para solicitar la colaboración en el estudio a realizar.
- 3.- Se estableció contacto con cada uno de los profesionales de enfermería de la unidad de oncología para obtener la colaboración en permitir aplicarle el instrumento.

4.- Se aplicó el instrumento a los profesionales de enfermería en la unidad de oncología médica privada Arsuve S.C.

5.- Se procedió a la tabulación de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento a los profesionales de enfermería.

6.- Se analizaron los resultados obtenidos con base al problema de investigación, los objetivos y las variables objeto de estudio.

7.- Se elaboró el informe final de investigación con la finalidad de facilitar la divulgación de los resultados obtenidos en la investigación.

Por otra parte se contó con una serie de recursos como son los humanos y materiales.

**Recursos humanos:** En la presente investigación los recursos humanos utilizados son todos los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de oncología médica privada ARSUVE.

**Recursos materiales:** En la presente investigación los recursos materiales utilizados son las bibliografías consultadas, sitios de páginas web, revistas, hojas tamaño carta, impresoras, bolígrafos, carpetas, cuadernos, libros, lápices, borrador.

### **Tratamiento estadístico**

Se realiza desde la fase de procesamiento hasta el análisis de los datos obtenidos, los cuales se recopilaron de acuerdo a las dimensiones e indicadores planteadas que van a permitir obtener resultados en concordancia a los objetivos del estudio. En un primer nivel de análisis, se aplicaron técnicas propias de la estadística descriptiva, como es el cálculo de frecuencias absolutas y porcentuales que facilitan la ordenación y comparación de los datos, permiten conocer los parámetros de las muestras con las que se trabajaron.

Los datos se tabularon de acuerdo con las respuestas emitidas; para lo cual se

designa como “acertada” la respuesta emitida en el cuestionario que corresponde a los cuidados pues ello señala que tiene la competencia en el aspecto cognitivo y “desacertada” la respuesta emitida que denote no estar en lo cierto sobre el cuidado ya que en ese caso se procesa como desconocimiento en relación a la competencia para el cuidado al paciente que se atiende en la unidad médica.

Por otra parte en lo referente al análisis con la guía de observación se realizó el acuerdo entre observadores correspondiente a cada ítem donde se realizan observaciones en tres momentos durante cuatro semanas a cada uno de los profesionales de enfermería cada vez que se dirigen a ejecutar un cuidado al momento de acercarse al paciente, de tal manera que al obtener dos o tres resultados de cada identificación realizada se toma como valor del mismo, ello se traduce en que “SI” realiza o “NO” el cuidado; en esta categoría se evalúa los aspectos correspondientes a los procedimientos.

Para realizar el análisis se cotejan las dimensiones estudiadas tanto en el aspecto cognitivo como en el procedimental, es por ello que se realiza el análisis del cuadro 1 relacionado a lo observado durante el dominio procedimental en el cuadro 4, asimismo el cuadro 2 se analiza con el cuadro 5 y el cuadro 3 con el cuadro 6, para obtener mayor comprensión.

### **Sistema de Variable**

**Variable:** Competencia del profesional de enfermería en los cuidados paliativos.

**Definición Conceptual:** Competencia es un área definida como una actuación cualificada que se conoce y se describe según su intención, funciones y significados (Benner, 1984)

**Definición Operacional:** se refiere al dominio cognitivo y procedimental del profesional de enfermería para proporcionar cuidados paliativos al paciente oncológico ante el dolor, control de síntomas y apoyo emocional según la teoría de Patricia Benner.

## RESULTADOS

**Cuadro 1.** Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por los profesionales de enfermería sobre las competencias de enfermería en los cuidados paliativos al paciente oncológico fundamentadas en la teoría de Patricia Benner.

**Dimensión:** aspectos cognitivos. **Indicador:** control del dolor.

Ítems		Verdadero		Falso		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Aspectos cognitivos del control del dolor</b>							
1	El cambio en las expresiones faciales, en la alteración de la marcha pueden ser datos objetivos de la intensidad del dolor presentado por el paciente.	10	100	0	0	10	100
2	Con la descripción del dolor punzante, quemante proporcionadas por el paciente podemos saber de qué tipo de dolor se trata.	09	90	01	10	10	100
3	El dolor visceral puede acompañarse de hipertensión y taquicardia.	07	70	03	30	10	100
4	El dolor visceral es originado por la activación de nociceptores.	04	40	06	60	10	100
5	La escala visual analógica, Es una escala del 1 al 5.	06	60	04	40	10	100
6	La escala numérica permite medir el dolor del paciente	10	100	0	0	10	100
7	La ansiedad y el miedo modifican el umbral del dolor.	08	80	02	20	10	100
8	El insomnio modifica el umbral del dolor	08	80	02	20	10	100
9	El cansancio es un estado que modifica el umbral del dolor.	07	70	03	30	10	100
10	La vía de elección para el tratamiento del dolor crónico es la endovenosa.	04	40	06	60	10	100
11	El registro de las características del dolor, permite la elección del tratamiento por los profesionales de enfermería en caso de la aparición irruptiva en consultas futuras.	08	80	02	20	10	100
12	Para iniciar el tratamiento del dolor rigurosamente se debe ascender en la escalera analgésica según el dolor del paciente.	07	70	03	30	10	100
13	Para iniciar el tratamiento del dolor rigurosamente se debe descender en la escalera analgésica según el dolor del paciente.	03	30	07	70	10	100
14	Para iniciar el tratamiento del dolor se debe ascender o descender en la escalera analgésica según el dolor del paciente.	04	40	06	60	10	100
15	Para iniciar el tratamiento del dolor se debe administrar indistintamente de la escalera analgésica, lo importante es mantener sin dolor al paciente.	07	70	03	30	10	100
	<b>Promedio general</b>		<b>68%</b>		<b>32%</b>		<b>100%</b>

Fuente: cuestionario aplicado

**Cuadro 2.** Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por los profesionales de enfermería sobre las competencias de enfermería en los cuidados paliativos al paciente oncológico fundamentadas en la teoría de Patricia Benner.  
**Dimensión:** aspectos cognitivos. **Indicador:** control de síntomas.

Ítems		Verdadero		Falso		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Aspectos cognitivos del control de síntomas</b>							
16	La disnea es una sensación subjetiva de falta de aire, cuya manifestación más frecuente es una respiración dificultosa.	08	80	02	20	10	100
17	Durante la disnea el control de signos vitales altera más al paciente.	02	20	08	80	10	100
18	La disnea puede ser producida por la enfermedad oncológica.	09	90	01	10	10	100
19	La radioterapia como tratamiento oncológico produce disnea.	03	30	07	70	10	100
20	Se debe auscultar campos pulmonares sólo para buscar signos de infección.	01	10	09	90	10	100
21	En paciente oncológico no debe utilizarse la oxigenoterapia porque crea dependencia.	01	10	09	90	10	100
22	Para nebulizar debo esperar estrictamente la indicación del médico aun con la dificultad respiratoria que presenta el paciente.	0	0	10	100	10	100
23	La diarrea es el aumento de la producción de las heces de escasa consistencia.	07	70	03	30	10	100
24	El número de evacuaciones líquidas en 24 horas carece de importancia en el paciente oncológico.	01	10	09	90	10	100
25	La alimentación del paciente influye en la eliminación intestinal del paciente oncológico tanto en la diarrea como en el estreñimiento.	10	100	0	0	10	100
26	La piel seca es un signo de fiebre.	09	90	01	10	10	100
27	La xerostomía es un signo de deshidratación.	06	60	04	40	10	100
28	La presentación de los alimentos inciden en el apetito del paciente.	09	90	01	10	10	100
29	Debe suministrarse alimentos según preferencia del paciente aunque no posea todos los nutrientes que requiere.	01	10	09	90	10	100
30	Se debe suministrar tres comidas principales con el plato lleno y por lo menos dos meriendas para mantener buen estado del paciente.	05	50	05	50	10	100
31	El número de horas que utilice el paciente para dormir es determinante para su bienestar físico.	10	100	0	0	10	100
<b>Promedio general</b>		<b>54,6%</b>		<b>45,4%</b>			

Fuente: cuestionario aplicado

**Cuadro 3.** Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por los profesionales de enfermería sobre las competencias de enfermería en los cuidados paliativos al paciente oncológico fundamentadas en la teoría de Patricia Benner.

**Dimensión:** aspectos cognitivos. **Indicador:** apoyo emocional.

Ítems		Verdadero		Falso		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
	<b>Aspectos cognitivos en el apoyo emocional</b>						
32	La ansiedad es una respuesta emocional normal, aunque desagradable, durante la cual la persona se siente nerviosa, preocupada y alerta ante la percepción de una amenaza.	10	100	0	0	10	100
33	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	09	90	01	10	10	100
34	Las manifestaciones clínicas de la ansiedad pueden ser por estimulación periférica y central.	07	70	03	30	10	100
35	Durante la enfermedad oncológica no se presenta ansiedad en los pacientes.	0	0	10	100	10	100
36	Los pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo son signos de ansiedad.	07	70	03	30	10	100
37	Los movimientos repetidos con los pies, manos, son signos en el comportamiento o posiciones corporales que demuestran que el paciente presenta ansiedad.	09	90	01	10	10	100
38	Cuando el paciente de cuidados paliativos va repetidamente al baño y manifiesta molestias en el estómago es un signo de ansiedad.	05	50	05	50	10	100
39	El parafrasear lo expresado por el paciente es parte de la comunicación activa.	07	70	03	30	10	100
40	Evitar el enjuiciamiento favorece la autoaceptación del paciente.	09	90	01	10	10	100
41	Evitar el enjuiciamiento estimula la actitud de explorarse a sí mismo para superar las dificultades.	09	90	01	10	10	100
42	El primer paso en el proceso de ayuda emocional consiste en valorar los sentimientos del paciente.	10	100	0	0	10	100
43	El primer paso en el proceso de ayuda emocional consiste en valorar el significado de la enfermedad.	07	70	03	30	10	100
44	El primer paso en el proceso de ayuda emocional consiste en la comunicación.	09	90	01	10	10	100
45	El primer paso en el proceso de ayuda emocional consiste en valorar el apoyo con el entorno.	05	50	05	50	10	100
46	El primer paso en el proceso de ayuda emocional consiste en valorar la existencia de conflictos no resueltos.	04	40	06	60	10	100
47	Para avanzar en el soporte psicológico se debe juzgar las decisiones del paciente.	02	20	08	80	10	100
	<b>Promedio general</b>		<b>68,12%</b>		<b>31,18%</b>		<b>100%</b>

Fuente: cuestionario aplicado

**Cuadro 4.** Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería sobre las competencias de enfermería en los cuidados paliativos al paciente oncológico fundamentadas en la teoría de Patricia Benner.  
**Dimensión:** aspectos procedimentales. **Indicador:** control del dolor.

Ítems		Si		No		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Aspectos procedimentales en el cuidado paliativo del dolor</b>							
1	Pregunta si el dolor es punzante, quemante o cual es la característica del dolor.	01	10	09	90	10	100
2	Utiliza la escala visual analógica para valorar el dolor de cada paciente con este síntoma.	0	0	10	100	10	100
3	Registra en historia clínica las características del dolor.	0	0	10	100	10	100
4	Pregunta cuál analgésico ingiere actualmente.	06	60	04	40	10	100
5	Pregunta si ha ingerido su analgésico en el horario indicado.	05	50	05	50	10	100
6	Está pendiente de cumplir el analgésico en horario fijo mientras el paciente está en la unidad.	07	70	03	30	10	100
7	Cumple el analgésico indicado según el tipo de dolor.	01	10	09	90	10	100
8	Responde oportunamente al llamado del paciente cuando manifiesta dolor.	06	60	04	40	10	100
9	Administra las dosis rescate indicadas.	05	50	05	50	10	100
10	Registra en la historia clínica el analgésico, hora y dosis administrada.	07	70	03	30	10	100
<b>Promedio general</b>			<b>38%</b>		<b>62%</b>		<b>100%</b>

Fuente: guía de observación

**Cuadro 5.** Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería sobre las competencias de enfermería en los cuidados paliativos al paciente oncológico fundamentadas en la teoría de Patricia Benner.  
**Dimensión:** aspectos procedimentales. **Indicador:** control de síntomas.

Ítems		Si		No		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
	<b>Aspectos procedimentales en el control de síntomas</b>						
11	Registra signos vitales.	10	100	0	0	10	100
12	Registra coloración de la piel.	02	20	08	80	10	100
13	Evalúa la función respiratoria para detectar causas de la disnea.	0	0	10	100	10	100
14	Registra presencia de disnea.	05	50	05	50	10	100
15	Utiliza dispositivos de acuerdo a la severidad de la disnea para mejorar la función respiratoria.	05	50	05	50	10	100
16	Administra nebuloterapia de forma independiente.	04	40	06	60	10	100
17	Espera la aprobación e indicación de la nebuloterapia o algún otro tratamiento para corregir la disnea.	06	60	04	40	10	100
18	Le da prioridad al cuidado del paciente con aparición irruptiva de la disnea.	08	80	02	20	10	100
19	Pregunta cuantas evacuaciones presenta diariamente.	03	30	07	70	10	100
20	Pregunta características de las evacuaciones.	0	0	10	100	10	100
21	Toca al paciente verificando turgencia de la piel.	03	30	07	70	10	100
22	Revisa mucosa de la boca para evaluar signos de deshidratación.	03	30	07	70	10	100
23	Registra en historia clínica hallazgos referidos a deshidratación.	03	30	07	70	10	100
24	Pregunta que alimentos ingiere.	06	60	04	40	10	100
25	Pregunta si está durmiendo al menos 8 horas.	01	10	09	90	10	100
	<b>Promedio general</b>		<b>39,33%</b>		<b>60,67%</b>		<b>100%</b>

Fuente: guía de observación aplicada

**Cuadro 6.** Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería sobre las competencias de enfermería en los cuidados paliativos al paciente oncológico fundamentadas en la teoría de Patricia Benner.

**Dimensión:** aspectos procedimentales. **Indicador:** apoyo emocional.

Ítems		Si		No		Total	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
	<b>Aspectos procedimentales en el cuidado paliativo del apoyo emocional</b>						
26	Orienta al paciente para aliviar la ansiedad.	09	90	01	10	10	100
27	Responde detenidamente las preguntas que realizan los pacientes.	09	90	01	10	10	100
28	Utiliza palabras sencillas para explicar los procedimientos a realizar para disminuir los temores.	10	100	0	0	10	100
29	Orienta ante las dudas que se le presenten para mantener su tranquilidad.	10	100	0	0	10	100
30	Escucha atentamente cuando manifiesta expresiones de tristeza o alegría.	10	100	0	0	10	100
	<b>Promedio general</b>		<b>96%</b>		<b>4%</b>		<b>100%</b>

Fuente: guía de observación aplicada

## DISCUSIÓN

Los cuidados de enfermería a pacientes oncológicos deben realizarse con base a los conocimientos incorporando técnicas y aspectos que incluyan el cuidado individualizado es por ello que dentro de las competencias se vinculan tres aspectos fundamentales que sin duda son tomados en cuenta al momento de proporcionar cuidado. No obstante, en el presente trabajo se resaltan lo cognitivo y lo procedimental fundamentado por la teorista Patricia Benner, estudio que se mantiene vigente tomando en cuenta que enfermería en la prestación del cuidado desempeña roles que van desde el inicio de su desempeño hasta que adquiere mayor conocimiento y destreza. Es pertinente destacar que en todo su desempeño el profesional de enfermería inserta el cuidado humano, donde la consideración, el respeto y la motivación para ofrecer tales cuidados son indiscutibles.

Para realizar el siguiente análisis se cotejan las dimensiones estudiadas tanto en el aspecto cognitivo como en el procedimental de manera que se pueda evidenciar cada uno de los indicadores en dichas dimensiones al mismo tiempo, es por ello que se podrá observar el análisis del cuadro 1 seguidamente lo observado durante el dominio procedimental en el cuadro 4, asimismo el cuadro 2 se analiza con el cuadro 5 y el cuadro 3 con el cuadro 6, para obtener mayor comprensión.

El objetivo de la presente investigación fue determinar las competencias de enfermería en los cuidados paliativos por lo que se pudo determinar en el cuadro N° 1, que en lo que respecta al dominio cognitivo del control del dolor se utilizaron 15 ítems donde el 100% de los profesionales de enfermería identifica claramente los datos objetivos ante la presencia del dolor y sabe que la escala numérica se utiliza para medir el dolor como forma de lograr que un síntoma que es subjetivo se pueda visualizar y hacerlo objetivo, el 90% diferencia los tipos de dolor por las características que presenta el paciente, ello significa que en el referido porcentaje se evidencia la competencia cognitiva para el indicador estudiado, 70% reconocen los síntomas que acompañan a la aparición del dolor, 40% refiere conocer los

receptores que activan el dolor visceral y el 60% lo desconoce, 60% de la población en estudio conoce cuales son las escalas del dolor y el 40% no la conoce ya que no respondieron de manera acertada.

Asimismo el 80% reconoce cuales son los factores que modifican el umbral del dolor, 70% sabe o reconoce que el cansancio es otro de los factores que alteran el umbral del dolor y el 30% no lo comprende de esa manera pues se reflejan respuestas desacertadas que no van en concordancia con el cuidado que debe realizar el profesional de enfermería, 60% no identifica la vía de elección para el tratamiento del dolor, responden que la vía de elección para el tratamiento del dolor crónico es la intravenosa para mantener al paciente controlado en un signo como es el dolor crónico y 40% si la identifica, es pertinente destacar que en un paciente con dolor crónico el tratamiento intravenoso se aplica sólo para disminuir la intensidad del dolor mientras permanezca hospitalizado o acuda al centro de salud pues al tener que continuar con analgesia lo debe ingerir por vía oral.

Tal como lo refiere Ariz y Meléndez “la vía de elección es la oral. El mantenimiento continuo de la analgesia en el dolor crónico se realizará por vía oral o transdérmica”<sup>(16)</sup>. La vía subcutánea se reservará ante la imposibilidad de usar las vías mencionadas. En tal sentido el tratamiento para aliviar el dolor se debe realizar bajo control del paciente y de sus familiares para lo cual se les debe educar y realizar seguimiento donde se verifique el cumplimiento y efectividad del mismo.

Respecto a la elección del tratamiento en caso de apariciones irruptivas el 80% tiene conocimiento de que el registro de las características del dolor es la mejor forma de decidir la analgesia que le corresponde mientras que para el 20% no lo es. En relación a la forma como se debe iniciar una terapéutica para el dolor el 70% manifiesta que el tratamiento del dolor debe ser de forma ascendente en la escalera analgésica y el 30% no.

Simultáneamente el 40 % refiere que debe administrarse el analgésico según el dolor del paciente ascendiendo o descendiendo en la escalera analgésica el 60 % refiere que no, denotando poco conocimiento ya que la administración de la analgesia se realiza según la intensidad del dolor y los aspectos clínicos que presente el paciente donde se demuestre que se debe iniciar con el analgésico de primer o tercer escalón pues se puede ascender o descender hasta llegar a mantener el control del dolor tal como lo refiere Bonilla, Hidalgo y Kamel <sup>(2)</sup>, tomando en cuenta que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes en el curso de la enfermedad tumoral se puede presentar tanto en el diagnóstico de la enfermedad como en la enfermedad avanzada y es de origen multicausal.

Resumidamente se obtiene como resultado que el 68% de los profesionales de enfermería saben cuáles son los cuidados que deben realizar a los pacientes que requieren cuidados paliativos para el control del dolor en su dimensión aspectos cognitivos y 32% no lo saben por lo que la competencia en el aspecto cognitivo para la realización de cuidados debe mejorarse para el logro de resultados efectivos que van a favorecer al paciente que acude a la unidad oncológica.

En contraste con lo anterior, durante la aplicación de la guía de observación se evidencia en el cuadro número 4 que el 100% de la población en estudio no pregunta al paciente que presenta dolor cuales son las características del mismo y tampoco utiliza la escala visual analógica para valorar el dolor. El 100% no registra las características lo que imposibilita la administración oportuna del tratamiento en caso de la aparición de dolor irruptivo.

Se observa que el 60% de los profesionales pregunta si el paciente ingiere algún analgésico actualmente, y el 50% pregunta si ingiere analgesia en el horario indicado, 70% administra analgésico en horarios fijos durante la estadía del paciente en la unidad Se observó que los profesionales de enfermería se limitan a cumplir la analgesia sin verificar el tipo de dolor que está presentando en ese momento el paciente pues sólo el 10% administran el tratamiento según el tipo de dolor ya que se

observó que preguntan aspectos relacionados al dolor para administrar analgesia específica sin limitarse a aplicar estrictamente la indicada, es pertinente mencionar que si la analgesia indicada no está favoreciendo al paciente o no es para el tipo de dolor que presenta en ese momento, se puede gestionar la indicación de analgesia específica requerida, en consecuencia el 90% no lo hace tomando en cuenta la evaluación del paciente para saber el tipo de dolor que presenta y de esa manera decidir por la analgesia indicada o por otra analgesia.

El 60% responden oportunamente al llamado, y el 70% registran en la historia clínica el analgésico, la hora y la dosis administrada; sólo la mitad de la población de los profesionales administra las dosis rescate indicadas.

En tal sentido se observó un promedio general de 38% de los profesionales de enfermería que si realizan los cuidados requeridos por los pacientes para mejorar y controlar el dolor en su dimensión aspectos procedimentales y 62% se evidenció que no los realizan de la forma como se debería realizar.

Por otra parte para determinar el conocimiento de los profesionales de enfermería en el control de los síntomas se utilizaron 16 ítems representados en el cuadro 2, donde el 80% reconoce la definición y manifestación de la disnea y 20% no, 20% considera que el control de signos vitales altera más al paciente y el 80% no, 90% sabe que la enfermedad oncológica puede producir disnea, 70% piensa que la radioterapia no produce disnea y el 30% que si, 10% manifiesta que se debe auscultar los campos pulmonares sólo para buscar signos de infección y el 90% no lo considera de esa manera, es pertinente destacar como respuesta acertada por lo que se evidencia que en ese ítems el profesional de enfermería está competente para el cuidado, 90% reconoce que la nebuloterapia no crea dependencia en el paciente oncológico, el 100% comprende que en caso de que el paciente presente dificultad respiratoria no debe esperar estrictamente la indicación del médico para iniciar la nebuloterapia de emergencia.

Respecto a signos como la diarrea el 70% de los profesionales de enfermería de la unidad conoce la diarrea como la producción de las heces de escasa consistencia y el 30% no sabe que esa característica de las heces está vinculada a la diarrea, el 90% reconoce la importancia del número de evacuaciones líquidas en el paciente oncológico, sólo el 10% no le ve la importancia, el 100% de la población en estudio sabe que la alimentación influye en la eliminación intestinal por lo que incide tanto para favorecer o mejorar la diarrea como en el estreñimiento.

En lo concerniente a la deshidratación como signo 90% reconoce como verdadero que la piel seca es un signo de fiebre y el 10% sabe que es falso, en este sentido es pertinente destacar que la resequedad de la piel se origina debido a la deshidratación que presenta el paciente, ya sea por disminución en la ingesta de líquido o derivada de las pérdidas insensibles al presentar fiebre en tal sentido solo el 10% sabe que tal aseveración es falsa por lo que se traduce como desacertada y competencia deficiente para el cuidado, 60% de la población estudiada sabe que la xerostomía es un signo de deshidratación en consecuencia la sequedad bucal se produce debido a la disminución de saliva, provocada en muchos casos producto de la deshidratación, por una alteración del funcionamiento de las glándulas salivales o de lesiones bucales y el 40% no sabe que es un signo de deshidratación.

Referente a la alimentación el 90% sabe que la presentación de los alimentos influye en el apetito del paciente, al mismo tiempo se evidencia que el 90% del personal conoce la importancia del suministro de alimentos con alto valor en nutrientes por lo que refiere que deben proveer los alimentos con sus respectivos nutrimentos, 50% considera que debe proporcionarse al paciente oncológico tres comidas copiosas más dos meriendas y el 50% no, tal aseveración demuestra que no han visualizado cual es el objetivo de la alimentación en tales pacientes, pues lo recomendable es que se ofrezcan cantidades de comidas en pequeñas porciones a lo largo del día, en cinco o seis tomas, el paciente debe comer cada vez que tenga hambre, procurando hacer el mayor aporte calórico en el momento de mayor tolerancia, de este modo López refiere que “la alimentación y la hidratación deben ser integradas en los

cuidados en función de los objetivos terapéuticos según la perspectiva de la mejoría de la condición física, calidad de vida, mejorar pronóstico o evitar complicaciones pero siempre según tolerancia y agrado del paciente”<sup>(17)</sup>.

Otro signo que debe controlarse es el del descanso y sueño en ese sentido el 100% sabe el que número de horas sueño es determinante para el bienestar del paciente.

Realizando recuento sobre lo que comprenden los profesionales de enfermería respecto a los cuidados que debe realizar para el control de síntomas se obtiene el 54,6% de la población sabe cuáles son los que corresponden a cada indicador estudiado y 45,4% no están al corriente de los cuidados que se deben realizar en el momento que se atiende al paciente oncológico.

Durante la aplicación de la guía de observación de las competencias de enfermería en el control de síntomas, se observó en el cuadro 5. El 100% de los profesionales registra signos vitales, el 80% no registra coloración de la piel, el 100% no evalúa la función respiratoria en busca de la causa de la disnea, el 50% registra en historia presencia de disnea y el 50% no la registra, el 50% utiliza dispositivos de acuerdo a la severidad de la disnea y el otro 50% no lo utiliza. En este caso el profesional de enfermería debería utilizar dispositivos de alto o bajo flujo según requerimiento del paciente, en el presente estudio se evidencia que si colocan el oxígeno al paciente cuando lo requiere, sólo que se observó que no colocaban el dispositivo requerido.

Asimismo el 40% de las profesionales administra nebuloterapia de forma independiente y el 60% no lo hace, 60% de la población espera la aprobación e indicación de nebuloterapia o algún otro tratamiento para corregir la disnea y el 40% no espera. Para las investigadoras el profesional de enfermería es competente para el cuidado de alteraciones respiratorias cuando en casos como el mencionado actúa de manera independiente, en ese sentido si realizara al menos la nebuloterapia mientras el paciente es atendido por el médico se lograría atenuar ese signo, por lo que es importante sea valorado minuciosamente para tomar decisiones sobre el

cuidado pertinente. 80% le da prioridad al cuidado del paciente con disnea irruptiva y el 20% no.

Respecto al control de signos referido a la eliminación únicamente el 30% pregunta cuantas evacuaciones presenta el paciente y el 70% no lo realiza. El 100% no pregunta que características tienen las evacuaciones, 30% verifica la turgencia de la piel y el 70% no.

Con respecto a la mucosa de la boca sólo el 30% la revisa o evalúa y el 70% no, el 30% registra signos de deshidratación del paciente y el 70% no, en lo que a la alimentación se refiere el 60% pregunta que alimentos ingieren y el 40% no. El 90% no pregunta el número de horas que duerme el paciente 3 y el 10% si.

En consecuencia aglomerando los cuidados observados referidos a los aspectos procedimentales para el control de síntomas se observó que el 39,33% realiza lo concerniente a cada indicador estudiado y el 60,67% no lo realiza, por lo que es importante revisar los procedimientos en los profesionales de enfermería para poder mejorar los cuidados a los pacientes que se atienden en la unidad de oncología.

En el cuadro 3 los aspectos cognitivos del apoyo emocional, donde el 100% de la población evaluada reconoce las características de la ansiedad en un paciente, el 90% reconoce los signos de ansiedad, 70% sabe que las manifestaciones de la ansiedad pueden ser estimuladas por dos componentes como son la estimulación periférica y central y el 30% no, El 100% de los profesionales sabe que durante la enfermedad oncológica se presenta ansiedad, 70% reconoce que los pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo, al igual que los movimientos repetidos de manos y pies son signos de ansiedad. 50% piensa que otra manifestación de ansiedad es ir al baño repetidamente y manifestar molestias estomacales son signos de ansiedad, y el otro 50% no.

El 70% de los profesionales de enfermería en la unidad reconoce que el parafraseo es parte del proceso de comunicación activa y el 30% no lo concibe de esa manera, el 90% considera que evitar el enjuiciamiento favorece la autoaceptación y la superación de dificultades; el 100% considera prioritario los sentimientos del paciente para iniciar el proceso de ayuda emocional, 70% piensa que se debe valorar el significado que el paciente le da a la enfermedad y el 30% no, 90% que la comunicación es primordial en el proceso de apoyo.

El 50% cree importante la valoración del apoyo con el entorno y 50% no, 40% considera que también se debe conocer la existencia de conflictos no resueltos en el apoyo emocional del paciente oncológico y 60% no y 80% del profesional sabe que no debe juzgar las decisiones del paciente para poder avanzar en el apoyo psicológico y 20% considera que si es importante juzgar, situación que para las investigadoras no debe suceder pues lo importante en el apoyo psicológico es aportar ideas que conlleven a mejorar al paciente para mayor bienestar mental.

En este orden de ideas se obtuvo un 68,12% de los profesionales de enfermería que posee conocimiento sobre los aspectos psicológicos que debe tomar en cuenta para proporcionar cuidados paliativos al paciente oncológico que acude a la unidad, no obstante el 31,18% no sabe cuáles son dichas características. A pesar de que la mayoría lo conoce es importante revisar como se puede mejorar tal situación.

Los resultados arrojados por la guía de observación en el cuadro 6 para evaluar las competencias de enfermería en los cuidados paliativos efectuados para ofrecer apoyo emocional se destacan que el 90% de los profesionales orienta y responde al paciente para aliviar la ansiedad, 100% utiliza palabras sencillas para disminuir los temores durante algún procedimiento y el 100% escucha cuando ante las expresiones de tristeza o alegría.

En concordancia al resultado obtenido sobre las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en aspectos relacionados con el apoyo emocional se puede evidenciar que el 96% escucha y atiende al paciente para ayudarlo a que

mantenga su bienestar, no obstante el 4% no se detiene a oír al paciente para de esta manera ofrecer el cuidado en el aspecto referido.

De este modo resumiendo los resultados plasmados se evidencia que los profesionales refieren dominio cognitivo en los indicadores control del dolor, control de síntomas y apoyo emocional en un 68%, 54,6% y 68,12% respectivamente, sin embargo en la dimensión procedimental los profesionales de enfermería realizan más el apoyo emocional lo cual se observó en un 96% mientras que 4 % no lo realiza; referente al control del dolor y de síntomas se evidenció que los realizan en un 38% y 39, 33% lo cual no es realizado en un 62% y un 60,67 % respectivamente.

## **Conclusiones y recomendaciones**

### **Conclusiones**

Los cuidados paliativos están dirigidos a pacientes con enfermedades crónicas dentro de las que destaca la enfermedad oncológica donde sin duda alguna el profesional de enfermería como parte del equipo multidisciplinario de salud tiene un rol preponderante como administrador de los cuidados.

En el presente trabajo se planteó investigar sobre las competencias del profesional de enfermería en los cuidados paliativos a pacientes con patología oncológica según la teoría de Patricia Benner. Cabe recordar que las competencias están inmersas en aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales, sin embargo en el presente estudio se omite los aspectos actitudinales ya que la teorista no los aborda dentro de su teoría, pues ella se refiere al profesional de enfermería como profesional que pasa por niveles desde principiante que es cuando inicia su desempeño en el campo laboral hasta cuando ya actúa como un profesional experimentado es decir, a partir de que el profesional se torna experto con habilidades para desempeñar los procedimientos.

Cabe destacar que los aspectos actitudinales comprenden un talante importante en el campo de la salud que se debe mantener en cada uno de los profesionales de enfermería, no obstante las investigadoras consideran pertinente fundamentar el presente trabajo con la teorista Patricia Benner de la forma como ella lo plantea por no haber una versión bibliográfica que señale como abolida su teoría.

De acuerdo a los objetivos planteados se describen las competencias en el aspecto cognitivo tomando en cuenta los indicadores control del dolor, control de síntomas y apoyo emocional; identificando que 68% de los profesionales de enfermería saben cuáles son los cuidados que deben realizar a los pacientes que requieren cuidados paliativos para el control del dolor y 32% no lo saben por lo que la competencia en el aspecto cognitivo para la realización de cuidados debe mejorarse para el logro de resultados efectivos que van a favorecer al paciente que acude a la unidad oncológica.

Asimismo en lo que corresponde el control de síntomas el 54,6% de la población sabe cuáles son los cuidados que debe realizar mientras que el 45,4% no están al corriente de los cuidados que se deben realizar en el momento que se atiende al paciente oncológico. De igual manera se obtuvo un 68,12% de los profesionales de enfermería que posee conocimiento sobre los aspectos emocionales que debe tomar en cuenta para proporcionar cuidados paliativos al paciente oncológico que acude a la unidad, no obstante el 31,18% no sabe cuáles son dichas características. A pesar de que la mayoría conoce los aspectos cognitivos en los indicadores estudiados es importante revisar y mejorar tomando en cuenta que se proporciona cuidados a seres humanos donde debe prevalecer la prestación del cuidado de manera óptima.

Como conclusión se obtiene que 63,57% de los profesionales que laboran en la unidad en estudio posee los aspectos cognitivos sobre cuáles son los cuidados que debe realizar referidos al control del dolor, control de síntomas y apoyo emocional mientras que el 36,43% no los tiene, lo cual según la teoría de Patricia Benner

denota que como enfermera experta hay aspectos que aun no lleva a cabo como debería suceder cuando se labora con pacientes que presentan neoplasias, tomando en cuenta que es una especialidad especifica donde los cuidados deben llevarse a cabalidad en esta etapa.

En lo que corresponde al segundo objetivo se plantea Identificar las competencias del profesional de enfermería en los cuidados paliativos en relación a los aspectos procedimentales sobre el control del dolor, control de síntomas y apoyo psicológico en pacientes oncológicos según la teoría de Patricia Benner evidenciando que 38% de los profesionales de enfermería que si realizan los cuidados requeridos por los pacientes para mejorar y controlar el dolor mientras que 62% se evidenció que no los realizan de la forma como se debería realizar. En lo referente al control de síntomas se observó que el 39,33% realiza lo concerniente a cada indicador estudiado y el 60,67% no lo realiza, por lo que es importante revisar los procedimientos en los profesionales de enfermería para poder mejorar los cuidados a los pacientes que se atienden en la unidad de oncología. En cuanto a lo referido al apoyo emocional se puede evidenciar que el 96% escucha y atiende al paciente para ayudarlo a que mantenga su bienestar, no obstante el 4% no se detiene a oír al paciente para de esta manera ofrecer el cuidado en el aspecto referido.

Por consiguiente se observa que en los aspectos procedimentales el control del dolor, control de síntomas y apoyo emocional se realiza en 57,7% mientras que 42,3% no los realiza, de este modo también se observó que lo planteado por la teorista Patricia Benner el profesional de enfermería en calidad de experta aplica parcialmente los procedimientos en pacientes que presentan neoplasias.

Es pertinente destacar que hay cierta diferencia en los porcentajes obtenidos en aspecto cognitivo y en lo observado en el aspecto procedimental ya que de alguna manera se pierde la concordancia entre lo que sabe el profesional y los cuidados que realiza, por lo que es importante atender las precisiones que sean necesarias para mejorar en el cuidado a paciente oncológico.

## Recomendaciones

- Dar a conocer los resultados a los gerentes de enfermería en la unidad de quimioterapia a fin de realizar los correctivos necesarios.
- Dar a conocer los resultados a los compañeros de trabajo en la unidad a fin de que se integren para realizar cambios pertinentes a fin de obtener resultados que repercutan en mejoras profesionales tanto para el cuidado como desde el punto de vista de conocimiento el cual se va a traducir en la prestación de mejor y mayor cuidado.
- Planificar nuevas actualizaciones sobre cuidados paliativos integrando aspectos que lleven a superar los estudiados en esta investigación.
- Motivar a los profesionales de la unidad para que incursionen en estudios de especialización los cuales van a aportar las herramientas necesarias para comprender al paciente oncológico que requiere de cuidados paliativos.
- Promover la realización de investigaciones que permitan redimensionar e identificar lo concerniente a la realización de cuidados.

## REFERENCIAS

1. Arenas NL, Lorenzini A. La Cotidianidad del Cuidado Humano. 1ª ed. Venezuela: Asociación de Profesores Universidad de Carabobo; 2011.
2. Bonilla P, Hidalgo M, Kamel M. Manual de Cuidados Paliativos para el Primer Nivel de Atención. 1ª ed. Venezuela: Sociedad Venezolana de Medicina Paliativa; 2012.
3. Rodríguez N, Cádiz V, Farías C, Palma C. Cuidado paliativo en oncología pediátrica. Rev. Ped. Elec. [En línea]. 2005; 2 (2): 33-36. Disponible: [http://www.revistapediatria.cl/vol2num2/pdf/9\\_cuidados\\_paliativos.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol2num2/pdf/9_cuidados_paliativos.pdf).
4. Organización Mundial de la Salud. ¿Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo? [En línea]. Pregunte a los expertos 1 de abril 2008. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/15/es/> consulta abril 2016
5. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad 2011. [En línea]. Caracas – Venezuela; Enero 2014 [citado 08 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.bvs.gob.ve/anuario/Anuario2011.pdf>
6. Manual de enfermería oncológica. [En línea] Argentina: Instituto Nacional Del Cáncer. Ministerio De Salud. [18 de abril 2016] Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo\\_medico/manual\\_enfermeria\\_08-03.pdf](http://www.msal.gob.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/manual_enfermeria_08-03.pdf)
7. Tomey M. Modelos y Teorías de Enfermería. 4ª ed. España: Harcourt- Brace; 2003.
8. Henriques Camelo SH. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en unidades de cuidados intensivos: una revisión integradora. Rev Latino-Am. Enfermagen [en línea]. Ene- Febrero 2012 [citado 05 abril 2016]; 20 (1): [09

pantallas]. Disponible en: [www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es\\_25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_25.pdf)

9. Cáceres Manrique F, Puerto Pedraza H. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas en tratamiento oncológico. Invest Educ Enferm. Rev. Enf. Elec. [En línea]. 2008 [citado 15 febrero 2016]; 26(2):212-217 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105212447003>

10. Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F, Barquero A. Cuidados enfermeros en cuidados paliativos: análisis, consensos y retos. Rev. Enf. Elec. [En línea]. 2011[citado 05 marzo 2016]; 20 (1-2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015)

11. Espinoza Salazar LJ, Robles Hurtado YP. Cuidados paliativos del personal de enfermería al paciente oncológico en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”. [Tesis de Especialización]. Venezuela Caracas: Universidad Central de Venezuela Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina U.C.V; 2015.

12. Robles Y, Martínez M. Cuidados paliativos que proporciona el profesional de enfermería al enfermo oncológico en fase terminal en el Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti. [Trabajo Especial de Grado]. Caracas: Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina U.C.V; 2010.

13. González Otero J, Stablé Duharte M. Cuidados Paliativos: Recomendaciones terapéuticas para Atención Primaria. 1ra ed. España: Médica Panamericana; 2014. Pág. 23.

14. Mesas Idáñez Ángela Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del Dolor. Historia clínica en las Unidades de Dolor [Documento en línea] Noviembre del 2012 Disponible <http://www.scartd.org/CursDolor/DolorAgutlCronic.pdf>. Consulta 18 de febrero 2016. España

15. Méndez Flores Avilio. Blog. Ciencias – médicas.com. El dolor crónico. Consideraciones generales. [Artículo en línea] [Citado 20 de marzo 2016]. Disponible: <http://blog.ciencias-medicas.com/archives/139>
16. Ariz M J, Meléndez A. Actualización en el manejo del dolor crónico. Uso racional de la escalera analgésica de la OMS. Boletín de información fármaco terapéutica de Navarra. Volumen 12 N°4 Octubre 2004 [en línea]. [citado 5 de abril 2015]. Disponible en: [file:///C:/Users/s/Downloads/Bit\\_v12n4.pdf](file:///C:/Users/s/Downloads/Bit_v12n4.pdf)
17. López E. Enfermería en Cuidados Paliativos. 2<sup>da</sup> ed. España: Médica Panamericana; 2004.
18. Bonacina R, Minatel M, Tedeschi V, Cullen C, Wenk R. Programa Argentino de Medicina Paliativa. Cuidados Paliativos. Guías de Tratamiento para Enfermería [en línea] Fundación FEMEBA; 2004 [citado 20 Abril 2016] Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/archives/manualenfermeria.pdf>
19. González Baron M, colaboradores. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2da ed. España: Médica Panamericana; 2006. Pág. 422-423, 240-241
20. Marriner T A, Raile A M. Modelos y teorías en enfermería. 6ta ed. España: Elsevier; 2007. Pág. 140.
21. Román M, Díez E. Aprendizaje y currículum: didáctica socio-cognitiva aplicada. Madrid: EOS; 1999.
22. Cano García E, Como mejorar las competencias de los docentes. Guía para la autoevaluación y el desarrollo de la competencias del profesorado [Internet]. 1era ed. Barcelona: 2005 [julio – diciembre 2010; citado 15 marzo 2015]; 23:213. Disponible en: [http://www.redalyc.org/pdf/311/3112107\\_2008.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/311/3112107_2008.pdf)

## ANEXOS

**Competencias de enfermería en los Cuidados Paliativos en pacientes  
Oncológicos fundamentados en la teoría de Patricia Benner**

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Cuestionario #: Solo para uso del investigador \_\_\_\_\_

El siguiente instrumento es un cuestionario referente a los cuidados paliativos realizados por los profesionales de enfermería en la unidad de oncología médica ARSUVE S.C del Centro Médico Docente la Trinidad.

A continuación encontrará una serie de afirmaciones en las cuales debe marcar con una X la respuesta elegida.

Verdadero (V)      Falso (F)	Preguntas	Respuesta	
		V	F
	<b>Competencias de enfermería en el cuidado paliativo del dolor. Aspectos cognitivos del control del dolor</b>		
	1.-El cambio en las expresiones faciales, en la alteración de la marcha pueden ser datos objetivos de la intensidad del dolor que presenta el paciente.		
	2.- Con la descripción del dolor punzante, quemante proporcionadas por el paciente podemos saber de qué tipo de dolor se trata.		
	3.-El dolor visceral puede acompañarse de hipertensión y taquicardia		
	4.-El dolor visceral es originado por la activación de nociceptores.		
	5.- La escala visual analógica es una escala del 1 al 5.		
	6.- La escala numérica permite medir el dolor del paciente.		
	7.- La ansiedad y el miedo modifican el umbral del dolor.		
	8.- El insomnio modifica el umbral del dolor.		
	9.- El cansancio es un estado que modifica el umbral del dolor.		
	10.-La vía de elección para el tratamiento del dolor crónico es la endovenosa.		
	11.- El registro de las características del dolor, permite la elección del tratamiento por los profesionales de enfermería en caso de la aparición irruptiva en consultas futuras.		
	12.-Para iniciar el tratamiento del dolor rigurosamente se debe ascender en la escalera analgésica según el dolor del paciente		

13.- Para iniciar el tratamiento del dolor rigurosamente se debe descender en la escalera analgésica según el dolor del paciente.		
14.- Para iniciar el tratamiento del dolor se debe ascender o descender en la escalera analgésica según el dolor del paciente		
15.- Para iniciar el tratamiento del dolor se debe administrar indistintamente de la escalera analgésica, lo importante es mantener sin dolor del paciente.		
<b>Competencias de enfermería en el cuidado paliativo aspectos cognitivos del control de síntomas.</b>		
16.-La disnea es una sensación subjetiva de falta de aire, cuya manifestación más frecuente es una respiración dificultosa.		
17.-Durante la disnea el control de signos vitales altera más al paciente.		
18.- La disnea puede ser producida por la enfermedad oncológica.		
19.- La radioterapia como tratamiento oncológico produce disnea.		
20.-Se debe auscultar campos pulmonares sólo para buscar signos de infección.		
21.-En paciente oncológico no debe utilizarse la oxigenoterapia porque crea dependencia.		
22.-Para nebulizar debo esperar estrictamente la indicación del médico aun con la dificultad respiratoria que presenta el paciente.		
23.-La diarrea es el aumento de la producción de las heces de escasa consistencia.		
24.-El número de evacuaciones líquidas en 24 horas carece de importancia en el paciente oncológico.		
25.-La alimentación del paciente influye en la eliminación intestinal del paciente oncológico tanto en la diarrea como en el estreñimiento.		
26.- La piel seca es un signo de fiebre.		
27.-La xerostomía es un signo de deshidratación.		
28.-La presentación de los alimentos incide en el apetito del paciente.		
29.-Debe suministrarse alimentos según preferencia del paciente aunque no posea todos los nutrientes que requiere.		
30.-Se debe suministrar tres comidas principales con el plato lleno y por lo menos dos meriendas para mantener buen estado del paciente.		
31.-El número de horas que utilice el paciente para dormir es determinante para su bienestar físico.		

<b>Competencias de enfermería en el cuidado paliativo aspectos cognitivos del apoyo emocional</b>		
32.-La ansiedad es una respuesta emocional normal, aunque desagradable, durante la cual la persona se siente nerviosa, preocupada y alerta ante la percepción de una amenaza.		
33.-Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.		
34.-Las manifestaciones clínicas de la ansiedad pueden ser por estimulación periférica y central.		
35.-Durante la enfermedad oncológica no se presenta ansiedad en los pacientes.		
36.-Los pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo son signos de ansiedad.		
37.-Los movimientos repetidos con los pies, manos, son signos en el comportamiento o posiciones corporales que demuestran que el paciente presenta ansiedad.		
38.-Cuando el paciente de cuidados paliativos va repetidamente al baño y manifiesta molestias en el estómago es un signo de ansiedad.		
39.-El parafrasear lo expresado por el paciente es parte de la comunicación activa.		
40.- Evitar el enjuiciamiento favorece la autoaceptación del paciente.		
41.- Evitar el enjuiciamiento estimula la actitud de explorarse a sí mismo para superar las dificultades.		
42.- El primer paso en el proceso de ayuda emocional consiste en valorar los sentimientos del paciente.		
43.- El primer paso en el proceso de ayuda emocional consiste en valorar el significado de la enfermedad.		
44.- El primer paso en el proceso de ayuda emocional consiste en la comunicación.		
45.- El primer paso en el proceso de ayuda emocional consiste en valorar el apoyo con el entorno.		
46.- El primer paso en el proceso de ayuda emocional consiste en valorar la existencia de conflictos no resueltos.		
47.- Para avanzar en el soporte psicológico se debe juzgar las decisiones del paciente.		

**Guía de observación de competencias de enfermería en los cuidados Paliativos  
en pacientes Oncológicos fundamentados en la teoría de Patricia Benner**

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Observadores: \_\_\_\_\_ caso N°: \_\_\_\_\_

	Numero de observaciones por profesional de enfermería					
	1		2		3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>Competencias del profesional de enfermería en el cuidado paliativo del dolor</b>						
<b>El profesional de enfermería:</b>						
1.- Pregunta si el dolor es punzante, quemante o cual es la característica del dolor						
2.- Utiliza la escala visual analógica para valorar el dolor de cada paciente con este síntoma.						
3.- Registra en historia clínica las características del dolor.						
4.- Pregunta cuál analgésico ingiere actualmente.						
5.-Pregunta si ha ingerido su analgésico en el horario indicado.						
6.-Está pendiente de cumplir el analgésico en horario fijo mientras el paciente está en la unidad.						
7.-Cumple el analgésico indicado según el tipo de dolor.						
8.-Responde oportunamente al llamado del paciente cuando manifiesta dolor.						
9.- Administra las dosis rescate indicadas.						
10.-Registra en la historia clínica el analgésico, hora y dosis administrada.						
<b>Competencias de enfermería en el control de síntomas. El profesional de enfermería:</b>						
11.- Registra signos vitales.						
12.- Registra coloración de la piel.						
13.-Evalúa la función respiratoria para detectar causas de la disnea.						
14. -Registra presencia de disnea.						
15.-Utiliza dispositivos de acuerdo a la severidad de la disnea para mejorar la función respiratoria.						

	Numero de observaciones por profesional de enfermería					
	1		2		3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>El profesional de enfermería</b>						
16.- Administra nebuloterapia de forma independiente.						
17.- Espera la aprobación e indicación de la nebuloterapia o algún otro tratamiento para corregir la disnea.						
18.-Le da prioridad al cuidado del paciente con aparición irruptiva de la disnea.						
19.-Pregunta cuantas evacuaciones presenta diariamente.						
20.-Pregunta características de las evacuaciones.						
21.-Toca al paciente verificando turgencia de la piel.						
22.-Revisa mucosa de la boca para evaluar signos de deshidratación.						
23.- Registra en historia clínica hallazgos referidos a hidratación o deshidratación.						
24. Pregunta que alimentos ingiere.						
25 Pregunta si está durmiendo al menos 8 horas.						
<b>Competencias de Enfermería en el Cuidado Paliativo del Apoyo Emocional</b>						
26.- Orienta al paciente para aliviar la ansiedad.						
27.- Responde detenidamente las preguntas que realizan los pacientes.						
28.- Utiliza palabras sencillas para explicar los procedimientos a realizar para disminuir temores.						
29.- Orienta ante las dudas que se le presenten para mantener su tranquilidad.						
30.- Escucha atentamente cuando manifiesta expresiones de tristeza o alegría.						

Número de participante



**Título de la investigación:** Competencias de enfermería de los cuidados paliativos al paciente oncológico en la unidad de oncología médica Arsuve S.C., Centro Médico Docente la Trinidad Durante el cuarto trimestre año 2016, según la teoría de Patricia Benner. Investigadores Principales: Lcdas. Aiello Leidy y García Maricelina

## Consentimiento informado

**TÍTULO:** “Competencias de enfermería de los cuidados paliativos al paciente oncológico en la unidad de oncología médica privada Arsuve S.C, Centro Medico Docente la Trinidad durante el cuarto trimestre año 2016, según la teoría de Patricia Benner”.

**INSTITUCIÓN:** Centro Médico Docente la Trinidad

**SERVICIO:** Unidad de Oncología Médica Privada Arsuve S.C.

Estimado participante:

Para solicitar su colaboración para el desarrollo del estudio: “**Competencias de enfermería de los cuidados paliativos al paciente oncológico en la unidad de oncología médica privada Arsuve S.C, Centro Medico Docente la Trinidad durante el cuarto trimestre año 2016, según la teoría de Patricia Benner**”, del proyecto trabajo especial de grado para optar al título de **Especialista en Enfermería Oncológica**, de la Universidad Central de Venezuela, llevado a cabo por las Lcdas. Aiello Leidy y García Maricelina.

Evaluado y aprobado por: <b>Comité de Ética del Centro Médico Docente La Trinidad</b>	Firma y Sello del Coordinador del Comité de Ética
Página	Versión: Fecha de Versión:

Número de participante



**Título de la investigación: Competencias de enfermería de los cuidados paliativos al paciente oncológico en la unidad de oncología médica Arsuve S.C., Centro Médico Docente la Trinidad Durante el cuarto trimestre año 2016, según la teoría de Patricia Benner. Investigadores Principales: Lcdas. Aiello Leidy y García Maricelina**

Patricia Benner afirma que, las competencias en el desempeño profesional están enmarcadas en la capacidad y autoridad necesarias para impartir, de manera competente, cuidados en todos los contextos y campos de enfermería; en tal sentido el profesional de enfermería en concordancia con su rol dentro de la unidad de administración de quimioterapia debe velar porque los cuidados sean ejecutados integrando los cuidados paliativos que el paciente demanda para mejorar su condición particular.

Por tal razón, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo general **Determinar las competencias de enfermería en los cuidados paliativos al paciente oncológico en la Unidad de Oncología Médica Privada Arsuve S.C, Centro Médico Docente la Trinidad durante el cuarto trimestre año 2016, según la teoría de Patricia Benner.**

Para el logro de los objetivos se hace entrega de un cuestionario de 47 preguntas cerradas acerca de las competencias de enfermería en los cuidados al paciente oncológico, en el control del dolor, los síntomas y el apoyo psicológico en la unidad de Oncología Médica Arsuve S.C.

Evaluado y aprobado por: <b>Comité de Ética del Centro Médico Docente La Trinidad</b>	Firma y Sello del Coordinador del Comité de Ética
Página	Versión: Fecha de Versión:

Número de participante



**Título de la investigación: Competencias de enfermería de los cuidados paliativos al paciente oncológico en la unidad de oncología médica Arsuve S.C., Centro Médico Docente la Trinidad Durante el cuarto trimestre año 2016, según la teoría de Patricia Benner. Investigadores Principales: Lcdas. Aiello Leidy y García Maricelina**

Cabe destacar que este instrumento no representa ningún riesgo para la seguridad e integridad personal de sus participantes, de modo que su bienestar está resguardado.

Sus sinceras respuestas contribuirán importantemente al conocimiento de las actividades o competencia que deben llevarse a cabo dentro de la unidad médica privada Arsuve, en el Centro Médico Docente la Trinidad, de tal manera que favorecerá la detección de debilidades existente dentro de la unidad, permitiendo así el mejoramiento de los mismo por parte del personal de enfermería ofrecidos a este tipo de pacientes, que por ser oncológicos demandan más necesidades y atención. No existen situaciones de engaño como producto de la aplicación de ambos instrumentos de investigación.

Evaluado y aprobado por: <b>Comité de Ética del Centro Médico Docente La Trinidad</b>	Firma y Sello del Coordinador del Comité de Ética
Página	Versión: Fecha de Versión:

Número de participante



**Título de la investigación: Competencias de enfermería de los cuidados paliativos al paciente oncológico en la unidad de oncología médica Arsuve S.C., Centro Médico Docente la Trinidad Durante el cuarto trimestre año 2016, según la teoría de Patricia Benner. Investigadores Principales: Lcdas. Aiello Leidy y García Maricelina**

La única responsabilidad como participante consiste en responder de forma honesta las preguntas formuladas en los cuestionarios. Las investigadoras garantizaran en todo momento el anonimato, confidencialidad y discreción en el manejo de los resultados obtenidos.

Si Ud. Lo desea puede tener acceso tanto a los resultados del análisis de su cuestionario como a los de la investigación una vez que la misma haya concluido.

Su participación en la investigación es absolutamente voluntaria.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído este documento y su contenido se me ha explicado. Yo he comprendido el propósito de este estudio. Todas las preguntas y dudas respecto a la investigación se me han aclarado y explicado y libremente otorgo mi consentimiento para participar en esta investigación.

Evaluado y aprobado por: <b>Comité de Ética del Centro Médico Docente La Trinidad</b>	Firma y Sello del Coordinador del Comité de Ética
Página	Versión: Fecha de Versión:

Número de participante



**Título de la investigación: Competencias de enfermería de los cuidados paliativos al paciente oncológico en la unidad de oncología médica Arsuve S.C., Centro Médico Docente la Trinidad Durante el cuarto trimestre año 2016, según la teoría de Patricia Benner. Investigadores Principales: Lcdas. Aiello Leidy y García Maricelina**

Por medio de mi firma en este formulario de consentimiento, yo autorizo a las investigadoras a acceder, analizar, usar, y compartir la información que estoy aportando en las respuestas dadas en el cuestionario.

Enfermero \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Investigador \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Evaluado y aprobado por: <b>Comité de Ética del Centro Médico Docente La Trinidad</b>	Firma y Sello del Coordinador del Comité de Ética
Página	Versión: Fecha de Versión:

## Operacionalización de Variable

Dimensión	Indicadores	Subindicadores
<p><b>Aspectos Cognitivos:</b> Son todos aquellos conocimientos teóricos que posee el profesional de enfermería especializado en oncología, que permiten gestionar de manera eficaz y oportuna los cuidados paliativos en el paciente oncológico para el manejo del dolor, control de síntomas y apoyo emocional</p>	<p><b>Control del Dolor:</b> Se refiere a las respuestas emitidas por el profesional de enfermería sobre lo que sabe respecto a los cuidados que debe realizar cuando el paciente presenta dolor.</p> <p><b>Control de síntomas:</b> Se refiere a las respuestas emitidas por el profesional de enfermería sobre lo que sabe respecto a los cuidados que debe realizar para mantener controlados los síntomas.</p> <p><b>Apoyo emocional:</b> se refiere a las respuestas emitidas por el profesional de enfermería sobre los cuidados que debe realizar durante el apoyo</p>	<p>Valoración del dolor: Intensidad. Tipos de dolor. Causas. Utilidad de escalas. Umbral del dolor Vías de elección para tratamiento Tipos de analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Valoración de signos vitales.</li> <li>-Causas de la disnea.</li> <li>-Valoración del sistema respiratorio.</li> <li>-Administración de oxigenoterapia y nebuloterapia</li> <li>- Signos de diarrea y estreñimiento.</li> <li>- Signos de deshidratación.</li> <li>- Ingesta de alimentos.</li> <li>- Insomnio.</li> <li>- Valora signos y síntomas de ansiedad.</li> <li>-Mantiene la comunicación activa con los pacientes.</li> <li>-Refuerza la autoestima del paciente.</li> <li>-Respeta y acepta las decisiones que toma el paciente sobre su enfermedad y tratamiento.</li> </ul>

Dimensión	Indicador	Subindicador
<p><b>Aspecto Procedimental:</b> Son todas aquellas acciones con basamentos teóricos en cuidados paliativos que realizan los profesionales de enfermería oncológica para paliar el dolor, controlar los síntomas y proporcionar apoyo emocional.</p>	<p><b>Control del Dolor:</b> Se refiere a las intervenciones que realiza el profesional de enfermería para eliminar el dolor en el paciente de cuidados paliativos a fin de mantener su bienestar físico.</p> <p><b>Control de síntomas:</b> Se refiere a las intervenciones que realizar el profesional de enfermería para favorecer la desaparición de síntomas que se presentan en el paciente de cuidados paliativos que acude a la Unidad Oncológica Privada Arsuve como disnea, diarrea, estreñimiento, ingesta de alimentos e insomnio.</p> <p><b>Apoyo Emocional:</b> Se refiere a las intervenciones que realiza el profesional de enfermería para ayudar al paciente de cuidados paliativos durante las manifestaciones emocionales.</p>	<p>-Valora a través del interrogatorio el tipo de dolor.</p> <p>-Mide el dolor con uso de escala</p> <p>-Registra, cantidad y características del dolor</p> <p>- Verifica cual analgésico ingiere.</p> <p>- Cumplimiento de horario.</p> <p>-Administra analgesia indicada.</p> <p>- Cumple dosis rescates.</p> <p>- Registro completo sobre tipo, hora y dosis de analgésico cumplida.</p> <p>- Valora y Registra signos vitales.</p> <p>- Evalúa coloración de la piel.</p> <p>- Evalúa presencia de disnea.</p> <p>- Administra oxigenoterapia y nebuloterapia.</p> <p>- Evalúa signos de diarrea y estreñimiento.</p> <p>- Evalúa signos de deshidratación.</p> <p>- Evalúa ingesta de alimentos.</p> <p>- Evalúa insomnio.</p> <p>- Orientación al paciente para disminuir la ansiedad.</p> <p>- Responde interrogantes del paciente.</p> <p>- Explica de manera sencilla sobre procedimientos que se le van a realizar.</p> <p>- Orienta sobre dudas e inquietudes del paciente.</p> <p>-Escucha con atención cuando expresa sus sentimientos.</p>

## Tablas

### Tabla 1. Métodos de valoración del dolor

Valoración del dolor	
<b>Escala de valoración numérica:</b>	
(0= ausencia de dolor, 10= dolor de máxima intensidad)	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
<b>Escala descriptiva de valoración verbal:</b>	
elegir la categoría que más se ajusta a la intensidad álgica	
Ausencia de dolor      Leve      Moderado      Intenso      Insoportable	

### Tabla 2. Manejo del dolor oncológico

Evaluación	Anamnesis	Características	Escalas de Autoevaluación
	Modo de inicio y evolución. Antecedentes patológicos. Características clínicas del dolor. Tratamientos anteriores y actuales. Comorbilidades. Impacto en su entorno biopsicosocial.	Tiempo de evolución, frecuencia, intensidad, duración: Localización, Irradiación. Tipo de dolor. Factores desencadenantes, agravantes y atenuantes. Déficit funcional. Repercusión de las actividades de la vida diaria. Síntomas asociados.	Escala visual analógica (EVA). Escala Verbal simple. Escala de caras: en pacientes que no colaboran y en niños.
<b>Consideraciones generales</b>	El dolor es lo que el paciente dice que le duele. Antes de tratar valorar al paciente. Informar al paciente y su familia la causa de los síntomas. Individualizar el tratamiento. Establecer una estrategia terapéutica multimodal e interdisciplinaria. Considerar riesgo/beneficio para el paciente en toda indicación diagnóstica y terapéutica.		
<b>Fármacos Analgésicos (según la escalera analgésica de la OMS)</b>	<b>Primer escalón: dolor leve (EVA 1 a 3).</b> Paracetamol hasta 4gr/día VO, IV. En ancianos 3gr/día Metamizol 500 a 2000mg 3-4veces al día IV, IM, SC. Ibuprofeno 400-800mg 3-4veces al día VO. Ketoprofeno 50-75mg 3-4veces al día VO, IV. Ketorolaco 10mg 3-4veces al día VO. Diclofenaco 50mg 3-4 ó 75mg 2veces al día VO. Celecoxib 100-200mg 2 veces al día VO.	<b>Segundo escalón: dolor moderado (EVA 4-6).</b> Codeína 30mg/6h VO. Dosis máx. 360mg/día.  Tramadol 50-100mg/6-8h. VO, IV, SC. Dosis máx. 400mg/día. Evaluar combinación con AINES. Tienen efecto techo (dosis máxima).	<b>Tercer escalón: dolor severo (EVA 7-10).</b> Iniciar con: Morfina 5mg vo/4h Titulación IV 0,1mg/kg/4h, si paciente ≥ 60 años o con comorbilidades 0,05mg/kg/6h. Dosis rescate 10% de la dosis total diaria. Oxicodona: 5mg VO/4h, dosificación individualizada. Paciente virgen de opioide: iniciar con opiodes de liberación inmediata 5mg/4h VO. A las 72h pasa a medicamentos de liberación prolongada comp. 10, 20, 40mg VO

**Tabla 3. Aspectos que se deben contemplar en la historia clínica del dolor oncológico**

Definición de las características del dolor
Descripción de la extensión anatómica del dolor
Posible respuesta a intervenciones terapéuticas previas
Impacto del dolor en las actividades diarias, estado emocional y funcionamiento familiar y laboral
Detección de síntomas o circunstancias asociadas que modifican la percepción del dolor

**Tabla 4. Escalera analgésica neuropática**

<b>Primer escalón</b>	<b>Segundo escalón</b>	<b>Tercer escalón</b>
- Antiepilépticos y/o antidepresivos. - AINE si es dolor mixto. - Dexametasona si el dolor neuropático es oncológico	-Antiepilépticos y/o antidepresivos. - Añadir opioides débiles. - AINE si es dolor mixto - Dexametasona si el dolor neuropático es oncológico.	- Antiepilépticos y/o antidepresivos. -Añadir un opioide potente - AINE si es dolor mixto -Dexametasona si el dolor neuropático es oncológico.

**Tabla 5. Escala de la OMS para la valoración de la mucositis oral**

<b>Grado 0</b>	Asintomático
<b>Grado 1</b>	Eritema generalizado. Mucosa enrojecida. No dolor. Voz normal
<b>Grado 2</b>	Eritema. Úlceras poco extensas. Se mantiene la deglución de sólidos. Dolor ligero
<b>Grado 3</b>	Úlceras extensas. Encías edematosas. Saliva espesa. Se mantiene la capacidad de deglutir líquidos. Dolor. Dificultad para hablar.
<b>Grado 4</b>	Úlceras muy extensas. Encías sangrantes. Infecciones. Asialia. Imposibilidad de deglutir. Soporte enteral o parenteral. Dolor muy intenso.

**Tabla 6. Clasificación de los fármacos antieméticos**

<b>Antagonistas dopaminérgicos</b>
Fenotiacinas: prometacina, tietilperacina, clorpramacina y proclorpramacina Benzamidas sustituidas: metoclopramida y alizaprida Butirofenonas: haloperidol y droperidol
<b>Antagonistas de los receptores 5-HT3</b>
Ondasetron Dolasetron Granisetron Tropisetron Palonosetron
<b>Inhibidores de los receptores NK-1</b>
Aprepitant
<b>Corticoesteroides</b>
<b>Cannabinoides</b>

**Tabla 7. Clasificación de las náuseas y los vómitos según la OMS**

<b>Grado</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Náuseas</b>	No	Ingesta aceptable	Disminución importante de la ingesta	Ingesta insignificante	Sin ingesta
<b>Vómitos</b>	No	1 episodio por día	2-5 episodios por día	6-10 episodios por día	Más de 10 episodios por día o necesidad de hidratación parenteral

**Tabla 8. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión**

<p>Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a conocer cómo se siente usted emocionalmente.          Lea cada frase y marque la respuesta que usted considere que más se adecúa a lo que sintió durante la última semana.</p>	
<p><b>1. Me siento tenso o nervioso</b>          3- Todo el día                      1- A veces          2- Gran parte del día            0- Nunca</p>	<p><b>8. Me siento como si estuviera más lento y torpe</b>          3- En todo momento            1- En ocasiones          2- Muy a menudo                0- Nunca</p>
<p><b>2- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba</b>          0- Como siempre                2- Solo un poco          1- No lo bastante                3- Nada</p>	<p><b>9. Tengo sensación de nervios y hormigueo en el estómago</b>          0- Nunca          1- En ciertas ocasiones          2- Con frecuencia          3- Muy a menudo</p>
<p><b>3. Tengo sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder</b>          3- Muy intenso          2- Sí, pero no muy fuerte          1- Un poco, no me preocupa          0- Nada</p>	<p><b>10- He perdido interés por mi aspecto físico</b>          3- Totalmente          2- No me cuido como debiera          1- Podría cuidarme más          0- Igual que siempre</p>
<p><b>4. Puedo reír y ver el lado divertido de las cosas</b>          0- Como siempre                2- Casi nunca          1- Ahora no tanto                3- Nunca</p>	<p><b>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme</b>          3- Mucho                            1- Poco          2- Bastante                        0- Nada</p>
<p><b>5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones</b>          3- Casi todo el día          2- Con bastante frecuencia          1- A veces          0- Nunca</p>	<p><b>12. Espero momentos o cosas con ilusión</b>          0- Igual que siempre            2- Rara vez          1- Menos que antes              3- Nunca</p>
<p><b>6. Me siento alegre</b>          0- Casi siempre                2- Muy pocas veces          1- En ocasiones                3- Nunca</p>	<p><b>13. Siento pánico</b>          3- Muy a menudo                1- Escasamente          2- Con cierta frecuencia        0- Nunca</p>
<p><b>7. Puedo sentarme plácidamente y relajarme</b>          0- Siempre                        2- Raras veces          1- A menudo                      3- Nunca</p>	<p><b>14. Disfruto con actividades cotidianas como la lectura, la televisión, manualidades, etc.</b>          0- A menudo                      2- Pocas veces          1- A veces                         3- Casi Nunca</p>
<p>La valoración de la puntuación para cada subescala es: 0 a 7, normal; entre 8 y 10, sugiere la presencia de trastorno; por encima de 10, alteración emocional.</p>	