



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“CUIDADOS PALIATIVOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL PACIENTE  
ONCOLOGICO”**

Trabajo especial de grado que se presenta para optar al Título de Especialista en  
Enfermería Oncológica

Luisa J. Espinoza Salazar  
Yamileth P. Robles Hurtado

Tutora: Secundina Cárdenas G.

Caracas, junio de 2015



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO


Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **LUISA JOSEFINA ESPINOZA SALAZAR** Cédula de identidad N° 16.062.711, bajo el título "CUIDADOS PALIATIVOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA -EE**, dejan constancia de lo siguiente:


1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 26 de Junio de 2015 a las 02:00 PM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en Salón de Postgrado / Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado cumplió con lo establecido en las normas para la presentación de los trabajos especiales de grado.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 26 días del mes de Junio del año 2015, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado la Profesora Secundina Cárdenas Guerrero.

  
Nancy Rosalía Montilla / C.I. 5.443.401  
Escuela de Enfermería

  
Elizabeth Morillo de Peña / C.I. 4-576.990  
Centro Médico de Caracas

  
Secundina Cárdenas Guerrero / C.I. 9.223.415  
Escuela de Enfermería



sc/iolr 26/06/15



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **YAMILETH PATRICIA ROBLES HURTADO** Cédula de identidad N° 15.179.555, bajo el título "**CUIDADOS PALIATIVOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA -EE**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 26 de Junio de 2015 a las 02:00 PM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en Salón de Postgrado / Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado cumplió con lo establecido en las normas para la presentación de los trabajos especiales de grado.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 26 días del mes de Junio del año 2015, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado la Profesora Secundina Cárdenas Guerrero.

  
\_\_\_\_\_  
Nancy Rosalía Montilla / C.I. 5.443.401  
Escuela de Enfermería

  
\_\_\_\_\_  
Elizabeth Morillo de Peña / C.I. 4.576.990  
Centro Médico de Caracas

  
\_\_\_\_\_  
Secundina Cárdenas Guerrero / C.I. 9.223.415  
Escuela de Enfermería



sc/iolr 26/06/15

## Autorización para la publicación electrónica

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

VICERRECTORADO ACADÉMICO

SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: junio 2015

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA,  
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA**

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

Yo, (Nosotros) Luisa Espinoza y Yamileth Robles, autor(es) del trabajo o tesis, **CUIDADOS PALIATIVOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO**, para optar: **al Título de Especialista en Enfermería Oncológica.**

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de

información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley

sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

<input checked="" type="checkbox"/>	Si autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo después de 1 año
<input type="checkbox"/>	No autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	

Firma(s) autor (es)

\_\_\_\_\_  
C.I. N° 16.062.711

e-mail [luisa\\_espinoza\\_s@hotmail.com](mailto:luisa_espinoza_s@hotmail.com)

\_\_\_\_\_  
C.I N° 15.179.555

e-mail: [yprh\\_179@hotmail.com](mailto:yprh_179@hotmail.com)

En Caracas, a los 26 días del mes de junio de 2015

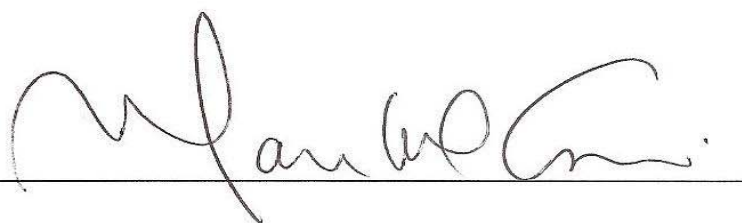
**Nota:** En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



---

Tutor: Secundina Cárdenas Guerrero



---

MgSc. Maribel Osorio

Directora de Postgrado Enfermería Oncológica



---

Lcda. Secundina Cárdenas Guerrero  
Coordinadora Postgrado Enfermería Oncológica

## INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
METODOS	49
RESULTADOS	53
DISCUSIÓN	73
REFERENCIAS	80
ANEXOS	83

## **CUIDADOS PALIATIVOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO**

**Luisa Espinoza**, CI: 16062711. Sexo: Femenino, E-mail:  
[luisa\\_espinoza\\_s@hotmail.com](mailto:luisa_espinoza_s@hotmail.com). Telf: 04169115514. Dirección: A.V Intercomunal El  
Valle Caracas. Curso de Especialización Enfermería Oncológica.

**Yamileth Robles**, CI: 15179555. Sexo: Femenino, E-mail:  
[yprh\\_179@hotmail.com](mailto:yprh_179@hotmail.com). Telf: 04241968068. Dirección: Federico Quiroz, Catia,  
Caracas. Curso de Especialización Enfermería Oncológica.

Tutor: **Secundina Cárdenas**, C.I: 9223415. Sexo: Femenino, E-mail:  
[cundicg@yahoo.com](mailto:cundicg@yahoo.com). Telf: 04142654593. Dirección: Escuela de Enfermería.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** 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. **Método:** Se trata de una investigación cuasi-experimental con un diseño pre y post que no requiere grupo control, se identificó el conocimiento teórico y práctico de 42 profesionales de enfermería que laboran en las unidades clínicas de hospitalización de medicina interna y cirugía oncológica. Se utilizó como instrumento el cuestionario, por otra parte se diseñó una guía de observación en el cual se identifica cuáles son los cuidados que realiza el profesional de enfermería a estos pacientes. Los datos se organizaron por dimensiones e indicadores en tablas de frecuencia absoluta y relativa, los mismos se comparan con una prueba para muestras relacionadas denominada Prueba de los rangos de signos de Wilcoxon, con un nivel de significación de un 5%. **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 **Conclusión:** 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.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidados paliativos, paciente oncológico, profesional de enfermería, conocimiento, capacitación.

## **ABSTRACT**

### **PALLIATIVE CARE NURSING STAFF FOR CANCER PATIENTS IN THE ONCOLOGY**

**Objective:** To assess the level of knowledge of the nurse in relation to palliative care for cancer patients pre and post implementation of a training workshop. **Method:** This is a quasi-experimental research with pre and post design that requires no control group, the theoretical and practical knowledge of 42 nurses working in clinical inpatient units in internal medicine and oncology surgery was identified. The questionnaire was used as an instrument, moreover an observation guide which identifies which takes care that the nurse to design these patients. The data were organized by dimensions and indicators in tables absolute and relative frequency, they are compared with a test for related samples test called the Wilcoxon signed ranks, with a significance level of 5%. **Result:** The training is viable as an ongoing process of teaching and learning to develop skills and abilities: a positive trend in the increase of the answers given by nurses after application of the training workshop on palliative care is evidenced **Conclusion** allowing the performance of nursing professionals providing palliative care for cancer patients to relieve symptoms that may arise in the course of their disease.

**KEY WORDS:** Palliative care, cancer patient, nurse, knowledge, training.



## INTRODUCCIÓN

La medicina contemporánea ofrece la combinación de diferentes técnicas y terapéuticas para combatir el cáncer. Actualmente resulta imprescindible un enfoque multidisciplinario para tratar de una manera global a la persona que padece de una patología oncológica y poder brindarle, el apoyo necesario en cada una de las fases de la enfermedad desde el momento del diagnóstico del cáncer, los diferentes tratamientos, las primeras recidivas, metástasis, inicio de la fase terminal, hasta su fallecimiento.

Al presentarse una enfermedad oncológica el principal padecimiento de los pacientes es el dolor, siendo no solo un síntoma físico, se trata de una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a lesiones tisulares reales o posibles, expresada como si esas lesiones existiesen<sup>(1)</sup>. El origen del dolor puede estar en relación con el mismo tumor o sus metástasis, con los tratamientos a los que este se ve sometido o debido a otros procesos concomitantes que el enfermo pueda padecer.

Los diferentes especialistas en el campo de la salud y en especial los profesionales de enfermería deben conocer cómo vive el paciente la experiencia del dolor y otros síntomas, comprenderlo, apoyarlo a él y a su familia, aliviar la angustia frente a la vivencia del cáncer; detectar las causas generadoras del dolor y otros síntomas, conocer los diferentes tratamientos y esquemas a disposición para el alivio de los mismos que existen en la unidad clínica de cuidados paliativos y las herramientas psicológicas a disposición del equipo multidisciplinario de salud. De esta manera se podrá lograr mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas que se presenten.

La esencia de la profesión de enfermería es la del cuidar, por esa razón deben estar capacitados para proporcionar cuidados especializados a los pacientes que lo requieran, como es el caso de los cuidados paliativos, un tipo especial de cuidados destinados a mejorar la calidad de vida del enfermo, brindar apoyo a su familia; hacer uso adecuado y preventivo de los recursos farmacológico y no farmacológico,

aliviando los síntomas derivados de esta, independientemente de su pronóstico, edad, situación socioeconómica y factores culturales.

El presente trabajo se realiza con la finalidad de evaluar los cuidados paliativos proporcionados por profesional de enfermería al paciente oncológico, pre y post aplicación de un taller de capacitación que permita mayor información para optimizar los cuidados en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, en el primer semestre del año 2013.

Se encuentra estructurado en: planteamiento del problema, justificación, y marco teórico donde se exponen las investigaciones previas y las bases teóricas, aspectos que contribuyen a dar cuerpo conceptual al estudio; objetivos de investigación métodos, resultados y discusión de la investigación.

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

El cuidado es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, es algo innato y fundamental en la vida de los seres humanos, es una actividad sencilla y habitual que toda persona practica continuamente como parte del complejo proceso de la satisfacción de las necesidades. En el campo de la salud el término cuidado constituye el eslabón fundamental en las diversas actividades socio sanitarias que tienen como propósito la atención de variados problemas o alteraciones que afecten la salud.

El cuidado visto desde la óptica profesional es un acto de asistencia y orientación de apoyo para ayudar a alcanzar el mayor potencial de salud mejorando el estilo de vida, logrando el equilibrio y la independencia; engloba todo un proceso interactivo, dinámico, filosófico, científico, técnico y vocacional que tiene que ver con la capacidad humana impregnada en un alto contenido cognitivo en el que permanece como elemento integrador proporcionar a la persona bienestar, bien sea a través de

la restauración, promoción, conservación de la salud, prevención de enfermedad, además del alivio del dolor y el sufrimiento<sup>(2)</sup>.

Los cuidados de enfermería son referidos como “métodos humanísticos y científicos con el fin de recibir servicios personalizados a través de modo de cuidado para mejorar y mantener una condición favorable para la vida o la muerte”<sup>(3)</sup>. Enfermería ha sido una profesión que ha pesar de los cambios experimentados en su historia, ha concedido siempre una gran relevancia a las exigencias vinculadas a sus funciones, las cuales se centran en el cuidado humano. En el ejercicio de la profesión, su atención esta encaminada en la práctica independiente de la disciplina profesional mediante el uso de sus capacidades intelectuales y fundamentos científicos obtenidos a través de su educación con el fin de garantizar al paciente una atención segura, actualizada y de calidad.

Enfermería es una profesión humanizada con una base de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados de la persona real o potencialmente enfermo. Enfermería para cumplir su objetivo deben realizar dos tipos de acciones, la primera referida a la valoración con el fin de definir la situación del paciente en la salud-enfermedad, la segunda referida a la intervención directa sobre el paciente ayudándole a responder adecuadamente en el proceso salud-enfermedad<sup>(4)</sup>.

Enfermería tiene como objetivo proporcionar calidad de vida, ayudando a obtener el mejor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad mediante el control de signos y síntomas; desde esta perspectiva se crean los cuidados paliativos un tipo especial de cuidados que tiene como propósito proporcionar bienestar, comodidad y soporte a los pacientes y sus familiares durante el proceso de enfermedad.

Los cuidados paliativos son “programas de tratamiento activo destinados a mantener y mejorar las condiciones de vida de los pacientes cuya enfermedad no responde al

tratamiento curativo.”<sup>(1)</sup>, intentan controlar no solo el dolor y otros síntomas sino también el sufrimiento para minimizar al máximo todos los problemas de salud y proporcionar un estilo de vida aceptable a los pacientes que se encuentran en esta difícil situación como es el caso de los pacientes oncológicos.

El paciente oncológico es “aquella persona que le ha sido identificado un diagnóstico de cáncer, el cual se ha desarrollado irreversiblemente, de tal forma que ningún tratamiento le es efectivo, ni beneficioso”<sup>(5)</sup>. El cáncer es un grave problema de salud mundial que afecta a millones de personas; cada año se diagnostican 6 millones de personas y mueren más de 4 millones<sup>(6)</sup>. En Venezuela según cifras de la sociedad anticancerosa, se diagnostican cuarenta y cuatro mil (44000) nuevos casos de cáncer al año y en ese mismo periodo se registran en el país dieciocho mil (18) muertes por esa causa; siendo esencialmente una enfermedad sintomática a pesar de que las fases iniciales pueden pasar inadvertida. Se caracteriza principalmente por la coexistencia de numerosos síntomas que pueden manifestarse a la vez pero siendo el mayor porcentaje con un 76-80% el dolor<sup>(7)</sup>, además suelen asociarse disnea, constipación, anorexia, astenia, insomnio, náuseas y vómitos, entre otros, que afectan su bienestar físico y psicosocial.

El paciente oncológico padece de síntomas multifactoriales, plurisintomáticos y multicambiantes, los cuales complican el curso clínico de la enfermedad, por esa razón es importante los cuidados paliativos que se proporcionan a este tipo de pacientes, ya que el alivio de síntomas es la base en la que se fundamentan sus principios, con la finalidad de apoyar la efectividad del tratamiento contra el cáncer o brindar calidad de vida hasta el momento del fallecimiento.

En el paciente oncológico pueden presentarse complicaciones que exacerban la severidad de la enfermedad, pues existe un continuo deterioro de las condiciones generales, ocasionados por los síntomas que padecen, dependientes de la enfermedad o del tratamiento que se le aplica contra el cáncer.

El carácter múltiple de los síntomas obliga a una evaluación sistemática inicial y a una monitorización de su evolución que incluyan su intensidad, causa, impacto emocional y probabilidad de control, lo que requiere del abordaje de un personal capacitado en cuidados paliativos, por tal motivo los centros de salud en atención al paciente oncológico deben contar con un equipo multidisciplinario entrenado y capacitado, con la finalidad de evitar las complicaciones que puedan presentarse durante el tratamiento oncológico y de esta manera poder proporcionar calidad de vida al paciente. Siendo el profesional de enfermería el integrante del equipo de salud que pasa mayor tiempo con el paciente es asertivo que proporcione cuidados paliativos adaptados a los síntomas que este presente para aplicar acciones que estén encaminadas a aliviar su sufrimiento.

El profesional de enfermería al proporcionar cuidados paliativos al enfermo oncológico, requiere conocer y estar familiarizado con la condición especial que caracteriza a este tipo de pacientes; a la vez precisa manejar información científica relacionada con los componentes básicos establecidos en los cuidados paliativos, deben poseer una preparación académica, aunada a la experiencia adquirida en la práctica, para proporcionar cuidados especializados, terapéutico e individualizado, que responda a las necesidades del enfermo y permita orientar a la familia en el impacto emocional y espiritual.

Es necesario la capacitación continua de los profesionales de enfermería en el área de cuidados paliativos, con la finalidad de mejorar la atención del paciente, a través de la adquisición del conocimiento, para sustentar sus acciones en métodos científicos que lo beneficiará en la toma de decisiones adecuadas y en la resolución de problemas cotidianos que se le presenten en las unidades clínicas en las que se desempeña.

El Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, clasificado como un instituto especializado y docente, cuenta con las unidades clínicas de cirugía, medicina interna, cuidados paliativos, pediatría y epidemiología, donde se atienden anualmente un aproximado

de 2000 pacientes oncológicos provenientes de todo el territorio nacional, de los cuales el 95% amerita atención de cuidados paliativos como consecuencia de su patología.<sup>(7)</sup> y donde el mayor padecimiento es el dolor, el cual es considerado como un aspecto secundario a la enfermedad que va a mejorar en la medida que responda al tratamiento radiante y/o quimioterapia indicando analgesia solo si presenta dolor.

Por lo general es tratado por el personal médico, profesionales de enfermería y resto del personal de salud considerando que lo mas importante es luchar con el cáncer, sin tomar como prioridad que se puede atender el cáncer y los síntomas a la vez, para disminuir el dolor por tal motivo se decide realizar la investigación sobre los cuidados paliativos con la finalidad de diseñar un taller de capacitación para el profesional de enfermería en cuidados paliativos.

Con esta investigación se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los cambios que se generan en el conocimiento de los profesionales de enfermería pre y post aplicación de un taller de capacitación sobre los cuidados paliativos, en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, en el primer semestre año 2013?

### **Justificación e importancia**

El cáncer es una enfermedad que desde su inicio provoca frecuentemente muchos síntomas y éstos se hacen cada vez más cambiantes y complejos según avanza la enfermedad haciendo prescindible la aplicación de la atención de los servicios de cuidados paliativos; a grosso modo la medicina paliativa aun a grandes dosis de antropología medica, no es antagónica a la actitud curativa, sino complementaria de esta, ya que muchos aspectos de la paliación constituyen una terapia de soporte importante dentro de la oncología.

En el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, donde se atienden un gran número de pacientes oncológicos, de los cuales cada vez más ameritan de la atención de los

cuidados paliativos como consecuencia de los síntomas presentado por su patología y donde el mayor padecimiento es el dolor.

Por lo tanto es necesario que los profesionales de enfermería deban compartir espacios no formales con el resto de los profesionales del equipo de salud como sesiones educativas, congresos, talleres, entre otros, de una forma continua, capacitándose y desarrollándose en esta área; tomando en cuenta que el profesional de enfermería ocupa dentro del equipo de salud un lugar de privilegio, pues permanece la mayor cantidad de tiempo junto al paciente durante el proceso de la enfermedad, brindando cuidados integrales basados en conocimientos científicos para cuidar de forma holística a la persona y su entorno en las diferentes situaciones de salud, promoviendo la autonomía, ayudando a la adaptación y a la independencia; de allí la importancia del estudio para los profesionales de enfermería.

A nivel institucional, a partir del trabajo de los diferentes profesionales de la salud actuando en equipo, se podrá proporcionar cuidados atendiendo a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente oncológico y su familia, ya que éstos persiguen lograr en primer lugar, el máximo control de los síntomas y aspectos fundamentales en la preservación de la calidad de vida y un aporte para la institución o centros de salud en atención al paciente oncológico.

El presente estudio podrá ser usado como referencia para la realización de investigaciones posteriores. Desde el punto de vista metodológico se justifica porque se utilizaran métodos y técnicas para la recolección de los datos con la finalidad de lograr el propósito del estudio, además de ampliar los conocimientos de los profesionales de enfermería y obtener un dominio teórico en cuidados paliativos a través de estrategias educativas, razón por la cual se decide realizar la investigación

## **Antecedentes**

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>(2)</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 una tendencia negativa en las observaciones y respuestas del profesional de enfermería en cuanto a las dimensiones programas de tratamiento y apoyo emocional, lo que demostró que al proporcionar 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 en fase terminal donde los resultados expuestos permiten inferir que el cuidado debe brindarse con conocimientos científicos, compromiso, responsabilidad y apoyo emocional para proporcionar un cuidado óptimo e integral.

Estrada B, en el año 2005. Realizó una investigación titulada “cuidados paliativos proporcionados al paciente oncológico en fase terminal de las unidades clínicas de medicina I, II, III del Hospital Universitario de Caracas” <sup>(8)</sup>, cuyo objetivo estaba referido a determinar los cuidados paliativos que proporciona el profesional de enfermería en cuanto al alivio del dolor total a enfermos oncológicos en fase terminal. La población la conformaron 26 profesionales de enfermería.



El instrumento utilizado consistió en una guía de observaciones, los resultados obtenidos en esta investigación no fueron satisfactorios, ya que las acciones que precisa el enfermo oncológico en fase terminal para un buen morir no se cumplen, por tanto los autores recomendaron la capacitación de los profesionales de enfermería para una mejor disposición, y de esta manera brindarle el buen trato que se merece el paciente en cuanto a la atención de sus necesidades.

Esta investigación fue tomada como antecedente pues permite precisar la importancia de la capacitación de los profesionales de enfermería para que obtengan conocimientos en cuidados paliativos con la finalidad de proporcionar atención de calidad, aliviando el dolor y sufrimiento del paciente oncológico.

En investigación realizada por David A, Banerjee S, en el año 2011, cuyo título se refiere a la: “Eficacia del Folleto de Información de Cuidados Paliativos en mejora del conocimiento de las Enfermeras que trabajan en Indo American Cancer Hospital, Hyderabad, AP, India” <sup>(9)</sup>; Cuyo objetivo era evaluar el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos entre las enfermeras que trabajan en el servicio de oncología utilizando un cuestionario estructurado auto administrado y para evaluar la eficacia de folleto informativo diseñado sobre diversos aspectos de los cuidados paliativos en su conocimiento.

El diseño adoptado para este estudio fue un grupo de pretest - postest, pre - diseño experimental. Como instrumento se utilizó un cuestionario auto administrado, fue preparado y administrado como una prueba preliminar. Un folleto de información se ha desarrollado con los conceptos generales de los cuidados paliativos, los componentes de la atención (físico, social, emocional y espiritual) y el papel de la enfermera en los cuidados paliativos y se les dio a los participantes. Después de la prueba, el mismo cuestionario se vuelve a administrar después de cuatro días a los sujetos del estudio mismo Pre-test y los resultados post-test de conocimientos y se compararon los resultados, fueron analizados estadísticamente.

Los resultados de las pruebas posteriores fueron significativamente más altos que las puntuaciones pretest del conocimiento, lo que indica que el folleto de información desarrollado en cuanto a los cuidados paliativos fue muy eficaz en la mejora de los niveles de conocimiento de las enfermeras. se evidencia un aumento en las respuestas correctas emitidas por los profesionales de enfermería posterior a la aplicación del taller de capacitación sobre cuidados paliativos de un 20%, lo que indica que la capacitación es viable como proceso continuo de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan el desempeño adecuado en los cuidados paliativos proporcionados a los pacientes oncológicos de manera continua para el alivio de los síntomas que puedan presentarse en el transcurso de su enfermedad.

En esta investigación se demuestra que se pueden poner en practica estrategias de orientación dirigidas al profesional de enfermería en áreas específicas del cuidado, tales como el folleto informativo el cual fue eficaz en el enriquecimiento de los conocimientos de los enfermeros en cuidados paliativos. Potenciar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los cuidados paliativos promoverá su comprensión respecto a las necesidades de los pacientes en fase avanzada y les permitirá brindar atención de calidad. Este estudio se relaciona con la presente investigación ya que se pretende transmitir la información a través de un taller diseñado para proporcionar el conocimiento en el cuidado a pacientes de cuidados paliativos.

### **Marco teórico**

El cáncer “es un grupo de enfermedades que tienen en común un origen celular” <sup>(6)</sup>, se caracteriza por un crecimiento celular descontrolado, y por una evasión de las señales de muerte celular programada o apoptosis. En el desarrollo del cáncer como enfermedad se diferencian dos periodos evolutivos: la fase saliente o subclínica, y la fase clínica o sintomática. Esta viene definida por la aparición de manifestaciones subjetivas percibida por el propio paciente y por alteraciones objetivas que pueden

ser detectadas por el profesional de la salud, a través de la anamnesis y la exploración física, estas manifestaciones pueden ser recogidas y registradas en la historia clínica, con lo que se ratifica su valor clínico <sup>(10)</sup>.

Las enfermedades neoplásicas se han asociado tradicionalmente con una concepción fatalista, no solo por su relación evolutiva con la muerte, sino también por el acompañamiento de determinables manifestaciones clínicas que lo rodean como son (dolor, caquexia, tumoraciones); afortunadamente hoy en día ambos mitos comienzan a declinar, por un lado, los avances en los medio de diagnóstico y en el arsenal terapéutico han permitido mejorar notablemente el tiempo de supervivencia y los índices de curación en la mayoría de los tumores maligno; por otro se cuenta con medidas de soporte y de un tratamiento sintomático eficaz para optimizar la calidad de vida del paciente incurable hasta sus últimos momentos.<sup>(10)</sup>

Habitualmente coexisten múltiples síntomas y signos, dependiendo de su localización y fase evolutiva. La fiebre no explicada y las pérdidas hemáticas crónicas son signos de alarma que obligan a un diagnóstico preciso, el dolor constituye la manifestación más frecuente en la enfermedad avanzada (70 – 85%), son también comunes el síndrome constitucional o toxico, astenia, anorexia y adelgazamiento (40 – 80%), las alteraciones del ritmo intestinal (50%), la disnea (40 – 50%) y las náuseas o vómitos (30 – 40%) y por último se reconoce más la importancia de los trastornos afectivos, psicosociales y las alteraciones del sueño<sup>(10-11)</sup>. La variabilidad interpersonal en la incidencia e intensidad de todos estos síntomas determinan la necesidad de planificar un tratamiento sintomático individualizado, flexible y eficaz en cada caso.  
(10)

Con respecto a su etiopatogenia, se estima que un paciente neoplásico presenta de forma simultánea una mediana de cinco a diez síntomas dependiendo de su estadio evolutivo. Sin embargo no todos ellos están directamente relacionados con la actividad de su enfermedad <sup>(10-11)</sup>.

**Etiología de las manifestaciones clínicas en el paciente con cáncer:** La etiología de la clínica en el paciente oncológico puede presentarse por efectos de masas, manifestaciones loco regionales: compresión, obstrucción e infiltración. Además de los síntomas sistémicos, semiología a distancia tales como: metástasis distantes, síndromes paraneoplásicos, trastornos psicosociales. Aunado a la toxicidad del tratamiento: quimioterapia, radioterapia, modificadores de las respuestas biológicas, otros como corticoides, antibióticos, analgésicos <sup>(10)</sup>.

La semiología predominante suele relacionarse con el tumor primario; las neoplasias broncopulmonares y los tumores del tracto digestivo son claros ejemplos al respecto. El efecto de masa puede manifestarse en forma de compresión de vasos o conductos, síndrome de vena cava superior, colestasis extra hepática, obstrucción visceral, atelectasia pulmonar, oclusión intestinal o infiltración de estructuras nerviosas vecinas, síndrome de Horner, plexopatía, lumbosacra <sup>(10)</sup>.

Otras manifestaciones clínicas derivan de los factores a distancia son más frecuentes las metástasis en órganos lejanos que originan efectos compresivos tales como la hipertensión endocraneal y compresión medular o sustituyen a los elementos celulares, insuficiencia hepática, fracturas patológicas. Se ha descrito también un número considerable de síndromes paraneoplásicos, originado por la presencia en la circulación de sustancias biológicas activas, hormonas, enzimas, citosina que son secretadas por las células neoplásicas o por las células normales o en respuesta a la enfermedad. <sup>(10)</sup>

Un tercer grupo lo constituyen las alteraciones psicosociales, cuya trascendencia se ha infravalorado hasta hace pocos años. Tanto el cáncer como su tratamiento se asocian a unas especiales connotaciones emocionales que pueden dominar el cuadro clínico. Son comunes los trastornos de adaptación y del ritmo sueño vigilia, así como la ansiedad y la depresión <sup>(10)</sup>.

Los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia son bien conocidos y predecibles. Junto a las manifestaciones crónicas y tardías que deben tenerse en cuenta, especialmente en paciente con una supervivencia prolongada. Además, otras sustancias de empleo creciente los interferones, factores de crecimiento hematopoyéticos, preparados hormonales o antibióticos, no están exentas de efectos indeseables. La sintomatología deriva de esta puede simular manifestaciones de la propia enfermedad y en ocasiones, contribuir al deterioro funcional de los pacientes (10).

La importancia de los síntomas en oncología abarca múltiples aspectos relacionados entre sí. Diversos estudios clínicos y epidemiológicos se han centrado en el intervalo entre el primer síntoma y el diagnóstico del cáncer; este puede ser un indicador de la tasa de crecimiento del tumor y en menor medida un índice de la demora atribuible al enfermo o al sistema sanitario.

El conocimiento de la evolución de cada tipo de cáncer y la determinación del origen de las manifestaciones clínicas que presenta el paciente son los requisitos básicos para un tratamiento sintomático eficaz. Para ello se precisa una anamnesis exhaustiva y un registro sistemático de los síntomas y signos, su cronología de aparición y su evolución temporal. Debe analizarse así mismo el impacto que producen sobre el estado anímico y funcional. Antes de iniciar el tratamiento debe realizarse un diagnóstico diferencial del mecanismo que produce el síntoma; no obstante, se evitan las exploraciones complementarias innecesarias, así como el retraso en el inicio de las medidas paliativas.

El tratamiento paliativo debe iniciarse inmediatamente después del diagnóstico de la enfermedad, pues este debe ir de la mano con el tratamiento curativo, ya que los pacientes presentan múltiples síntomas relacionados con la enfermedad o el tratamiento para ella, razón por la cual se debe contar con profesionales capacitados en reconocer signos y síntomas para que sean tratados de manera adecuada,

proporcionando alivio a las necesidades que puedan presentarse en los pacientes que padecen una enfermedad oncológica.

**Principales síndromes clínicos en oncología:** Sin duda alguna, el dolor es el síntoma más característico y con una mayor repercusión sobre el enfermo. Su incidencia es variable; se sitúa en torno al 30% en los estudios iniciales y cerca del 50% en estudios intermedios de la enfermedad, mientras que en las neoplasias avanzadas llegan a alcanzar el 70 – 85% de los casos. Habitualmente coexisten varios tipos de dolor en un mismo paciente <sup>(10)</sup>.

La International Association for the Study of Pain, define al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada al daño tisular real o potencial, o descrita en termino de dicho daño” <sup>(12)</sup>, debido a que el dolor es un trastorno subjetivo, no existe forma definida de diferenciar el dolor que aparece en ausencia de daño tisular. Como sucede con otros síntomas, el dolor puede ser debido al efecto directo del tumor, a sus metástasis, al efecto del tratamiento antineoplásico o relacionarse con los procesos que aparecen durante la enfermedad. Una vez conocida la causa, debe seleccionarse el tratamiento óptimo, generalmente multidisciplinario.

## **Epidemiología**

No existen estudios epidemiológicos nacionales a gran escala sobre la incidencia y la gravedad del dolor oncológico, los estudios existentes están basados en pequeñas encuestas y en estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales sugieren que un tercio de los pacientes oncológicos que reciben tratamientos activos y el 60 – 90 % de los pacientes con enfermedad avanzada experimentan dolor de moderado a severo. El dolor asociado a la invasión directa por el tumor es la causa más frecuente de dolor oncológico <sup>(13)</sup>.

El tipo más común es el dolor óseo, la infiltración tumoral de los nervios e invasión de las vísceras huecas son la segunda y tercera localizaciones más frecuentes. El tratamiento del cáncer es responsable del dolor en aproximadamente de un 15 – 25% de los pacientes sometidos a quimioterapia, cirugía o radioterapia. De todos los pacientes con cáncer, entre el 3 y el 10% tienen dolor producido por problemas no relacionados al cáncer, y estos síndromes dolorosos reflejan la causa más frecuente de dolor en la población en general. Los pacientes con cáncer tienen, con frecuencia múltiples causas de dolor y múltiples localizaciones<sup>(13)</sup>.

Los tumores que dan metástasis frecuentes en huesos, como los de la mama o próstata, tienen una mayor incidencia de dolor del 60 al 80% en comparación con los linfomas y la leucemia, el estadio de la enfermedad es un factor contribuyente y la prevalencia del dolor aumenta con la evolución de la enfermedad en el estudio realizado el 15% de los pacientes con enfermedad metastásica refieren dolor, los tumores que se localizan en la proximidad de estructuras nerviosas también tienen mayor incidencia del dolor. Las variables dependientes de los pacientes como la ansiedad, la depresión y los antecedentes de drogadicción, influyen en los informes brindados por los pacientes y en su percepción del dolor<sup>(13)</sup>

### **Tipos de Dolor**

En cuanto a los tipos de dolor, se han descrito tres tipos, según la neuroanatomía y la neurofisiología de las vías conductoras del dolor; dolor somático, visceral y neuropático, cada uno de estos tipos es el resultado de la activación y sensibilización de nociceptores y mecanorreceptores presentes en la periferia, ya sea por estímulos mecánicos (compresión o infiltración tumoral) o químicos (adrenalina, serotonina, bradiquinina, prostaglandinas histamina)<sup>(13)</sup>.

**Dolor Somático:** El dolor somático se produce cuando se activan los nociceptores en los tejidos cutáneos o profundos; típicamente es un dolor sordo, pero bien

localizado. Los ejemplos comunes de dolor somático son por metástasis ósea, dolor posquirúrgico de incisiones y dolor muscular facial y muscular esquelético <sup>(13)</sup>.

**Dolor Visceral:** El dolor visceral se produce por la activación de nociceptores por la infiltración, compresión, extensión o estiramiento de las vísceras torácicas, abdominales o pelvianas. Este tipo de dolor se observa típicamente en pacientes con metástasis intraperitoneales y es frecuente en el cáncer de páncreas <sup>(13)</sup>. Es un dolor mal localizado y se describe con frecuencia como profundo, estrujante y tipo presión y cuando es agudo, se asocia a menudo con disfunciones autónomas importantes incluyendo náuseas, vómitos y diaforesis. El dolor visceral se relaciona con frecuencia con localizaciones cutáneas que pueden estar alojadas del sitio de la lesión (por ejemplo, el dolor en el hombro producido por irritación del diafragma). Puede estar relacionado con sensibilidad al tacto en el sitio de referencia cutáneo <sup>(13)</sup>.

**Dolor Neuropático:** El dolor neuropático se debe a la lesión del sistema nervioso central (SNC) o sistema nervioso periférico (SNP), como consecuencia de la compresión ejercida por el tumor o de la infiltración de los nervios periféricos, de la médula espinal, por lesión química de los nervios periféricos, de la medula producida por cirugía, radioterapia, o quimioterapia. El dolor neuropático incluye las plexopatías braquial y lumbosacras por metástasis o irradiación, las neuropatías periféricas por quimioterapia, las neuropatías paraneoplásicas periféricas y el dolor de miembro fantasma <sup>(13)</sup>. El dolor producido por lesión nerviosa es, a menudo severo y se describe como urente o disestésico, de tipo atrozante, es decir, como presión. El dolor específicamente más frecuente en los sitios de pérdida sensitiva y puede asociarse a hipersensibilidad, estímulos nocivos y no nocivos. En forma intermitente, los pacientes refieren episodios paroxístmicos de sensaciones urentes o de tipo descarga eléctrica. Estos últimos síntomas son el resultado de fenómeno de sensibilización central <sup>(13)</sup>.

Estos tres tipos de dolor pueden aparecer aislados o combinados en un mismo paciente. Son los responsables de las diferentes respuestas a los tratamientos



farmacológicos y no farmacológicos, las drogas antiinflamatorias no esteroides disminuyen la activación química de los nociceptores periféricos, en tanto que las conductas anestésicas suprimen la transmisión del dolor en los nervios periféricos <sup>(13)</sup>. El manejo del dolor somático y visceral sugiere que este tipo de dolor responde a una amplia variedad de tratamientos. El manejo del dolor neuropático es más complicado; las complicaciones del sistema nervioso central y del sistema nervioso periférico hacen que este tipo de dolor responda menos a una amplia variedad de tratamientos farmacológicos, anestésicos y neuroquirúrgicos <sup>(13)</sup>.

Las evidencias indican que la mayoría de los pacientes oncológicos padecen de dolores tanto somáticos como viscerales, el dolor neuropático representa el 15- 20% de los problemas importantes en esta población. Ciertas drogas coadyuvantes han demostrado ser más adecuadas para el manejo del dolor neuropático.

### **Aspectos del dolor en el tiempo**

**Dolor Agudo:** se caracteriza por un patrón temporal bien definido de comienzo, generalmente asociado a signos físicos subjetivos y objetivos y con hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Estos signos proporcionan la evidencia objetiva que confirma el dolor del paciente. El dolor agudo es habitualmente auto-limitado y responde al tratamiento con drogas analgésicas y al tratamiento de causas descendentes <sup>(13)</sup>.

Este tipo de dolor puede ser subdividido en subagudo y episódico. El dolor subagudo aumenta en el curso de varios días, a menudo con intensidad creciente y representa un patrón de sintomatología dolorosa progresiva. El dolor episódico o intermitente parece en determinados periodos de tiempo en forma regular o irregular. Todos los dolores de esta categoría se asocian con hiperactividad autónoma <sup>(13)</sup>.

**Dolor Crónico:** es la persistencia del dolor por más de tres meses, con un comienzo no bien definido en el tiempo. El sistema nervioso autónomo se adapta, y en

pacientes con dolor crónico faltan los signos objetivos frecuentes en dolor agudo. El dolor crónico conduce a alteraciones importantes de la personalidad, del estilo de vida y de la capacidad funcional. En el caso de estos pacientes, la conducta terapéutica debe incluir el tratamiento de la causa del dolor como el tratamiento de las complicaciones que afectan el nivel funcional, las interacciones sociales y la personalidad<sup>(13)</sup>.

Este grupo de paciente representa un desafío para los especialistas en tratamiento del dolor y también influyen en la actitud hacia el manejo de los problemas de dolor agudo. El tratamiento del dolor crónico en pacientes oncológico es especialmente problemático, porque requiere una cuidadosa evaluación no solo de la intensidad del dolor, sino también de sus amplios aspectos multidimensionales. Las evidencias indican que la persistencia del dolor tiene un papel negativo importante en la calidad de vida de los pacientes con dolor y cáncer.

### **Clasificación de los pacientes con dolor oncológicos**

Pueden identificarse cinco tipos de pacientes con dolor oncológico, que son ejemplos de las diferencias entre dolor agudo y crónico. Aunque estas categorías son elásticas, sirven como preámbulo útil para discutir las conductas terapéuticas específicas para el manejo de los pacientes con cáncer.

Grupo I: Dolor agudo producido por el cáncer: Incluye a los pacientes con dolor agudo producido por el cáncer, puede ser subdividido de acuerdo con la etiología<sup>(13)</sup>.

Grupo IA: Dolor producido por el tumor: En estos pacientes, con dolor asociado al tumor, el dolor es el principal síntoma que lleva a la consulta médica y al diagnóstico del cáncer. El dolor recidivante durante la enfermedad o después de un tratamiento exitoso implica inmediatamente recidiva de la enfermedad. Definir la causa del dolor puede ser un problema diagnóstico, pero el tratamiento eficaz de las causas (por

ejemplo., radioterapia para metástasis óseas) se asocian en general a un alivio en la mayoría de los pacientes <sup>(13)</sup>.

Grupo IB: Dolor asociado al tratamiento del cáncer: Los pacientes tienen dolor postoperatorio, dolor por la formación de úlceras orales por la quimioterapia o mialgias secundarias a la suspensión de corticosteroides. La causa del dolor es fácilmente identificable y la evolución es predecible y autolimitada. Estos pacientes no presentan dificultades diagnósticas. Se emplea el tratamiento dirigido a la causa del dolor para el manejo de los síntomas transitorios <sup>(13)</sup>.

Grupo II: Dolor crónico producido por el cáncer: estos pacientes representan problemas diagnósticos y terapéuticos difíciles, a diferencia de los pacientes con dolor agudo. A los efectos de la discusión, puede ser subdividido en dos grupos: los que tienen dolor crónico por la progresión del tumor y aquellos con dolor crónico producido por el tratamiento oncológico. Ambos grupos comparten las características de que el dolor ha estado presente más de tres meses <sup>(13)</sup>.

Grupo IIA: Dolor crónico por progresión del tumor: Estos pacientes asociado con progresión de la enfermedad (por ejemplo, pacientes con carcinoma de páncreas, melanomas con metástasis óseas, o síndrome de Pancoast), la intensidad del dolor aumenta por la infiltración del tumor a los huesos, nervios o tejidos blandos adyacentes <sup>(13)</sup>.

Se utilizan diversas combinaciones de tratamiento antitumoral, analgésicos, bloqueos anestésicos y enfoques de conducta. Los factores psicológicos juegan un papel importante en este grupo de pacientes. La sensación de desesperanza y el temor de muerte inminente pueden aumentar y exagerar las quejas de dolor.

Grupo IIB: Dolor crónico por el tratamiento oncológico: Como aquellos pacientes que sufren dolor después de una mastectomía, la amputación de una extremidad o toracotomía. El tratamiento del dolor en este tipo de pacientes esta limitado por falta

de métodos para eliminar la causa del dolor. En este caso el tratamiento se dirige a los síntomas y no a la causa <sup>(13)</sup>. Los factores psicológicos juegan un papel importante en cuanto a la forma en que estos pacientes se adaptan y funcionan con su dolor crónico, aunque es reconfortante saber que el dolor no representa una recidiva o avance de la enfermedad, la persistencia del dolor es un recuerdo permanente del diagnóstico del cáncer previo. En estos pacientes, deben utilizarse todas las conductas destinadas a mantener el nivel funcional. Los métodos alternativos de tratamiento, a diferencia de la farmacoterapia son el principal enfoque terapéutico.

Grupo III: Dolor crónico previo y dolor asociado al cáncer: Incluyen pacientes con antecedentes de dolor de origen no maligno que desarrollan cáncer y dolor. Los factores psicológicos tienen un papel importante en este grupo, cuyo estado psicológico y funcional ya está comprometido por dolor crónico de origen no maligno previo. Estos pacientes tienen alto riesgo de desarrollar más discapacidad funcional y síntomas dolorosos crónicos mayores. Identificar a este grupo de pacientes ayuda a mejorar la evolución e intervención psicológicas <sup>(13)</sup>.

Grupo IV: Pacientes con antecedentes de drogadicción y dolor: pueden identificarse tres subgrupos: Pacientes con un comportamiento activo de consumo ilícito y de adicción, los que reciben metadona en programas de mantenimiento y los que han consumido durante varios años. La evaluación del dolor informado, por parte de médicos y enfermeras está deformada, porque los síntomas dolorosos se confunden con la intención de conseguir drogas <sup>(13)</sup>.

Atender las necesidades clínicas y psicológicas de estos pacientes requiere de una evaluación personalizada y expertos relacionados a drogas. El primer subgrupo constituye un problema de manejo importante, que pone a prueba al más tolerante de los sistemas de atención médica. Los otros dos subgrupos, el dolor se maneja con facilidad, al reconocer que el estrés psicológico resultante del dolor y el cáncer pueden poner al paciente en alto riesgo de reincidencia en su adicción.

Grupo V: Pacientes que mueren con dolor: En estos pacientes moribundos con dolor, las consideraciones diagnósticas y terapéuticas están dirigidas a mantener el confort del paciente. Este grupo se clasifica en forma separada de los pacientes del grupo II, debido a que los factores psicológicos son un componente adicional del manejo del dolor. La desesperanza, la muerte y la agonía se hacen más prominentes, y debe considerarse el componente de sufrimiento <sup>(13)</sup>. El control inadecuado del dolor en estos tipos de pacientes exacerba el sufrimiento y desmoraliza a la familia y a los médicos, que sienten que han fracasado al tratar el dolor cuando este es lo más importante. Debe intentarse un rápido aumento del tratamiento analgésico y una mejoría de los síntomas psicológicos. El riesgo beneficio de las conductas analgésicas pierde importancia cuando el objetivo terapéutico es brindar bienestar al paciente.

### **Tratamiento farmacológico para el alivio del dolor oncológico**

“La evaluación del dolor es una etapa fundamental para un adecuado manejo del mismo, debido a que permite estimar de una forma más objetiva el dolor” <sup>(14)</sup>. Por otra parte la evaluación contribuye de manera importante en el diagnóstico y permite una orientación terapéutica adecuada, lo cual garantiza un adecuado seguimiento del paciente que padece dolor. La evaluación debe comprender el interrogatorio, el examen físico, métodos y escalas de evaluación del dolor, por medio de estas se puede tener una idea más precisa y objetiva de un fenómeno subjetivo.

El reto del dolor oncológico debe ser asumido por los profesionales de salud con la convicción de que se dispone de herramientas suficientes para vencerlo, la Organización Mundial de la Salud recomienda la escalera analgésica con la que se consigue alivio del dolor sustancial en más de un 80% de los casos <sup>(1)</sup>, la escalera analgésica consta de tres escalones por los que se debe ascender progresivamente, el primer escalón está constituido por los analgésicos no opioides (paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos AINE), el segundo escalón está constituido por los opioides menores (tramadol y codeína), siendo facultativo el uso concomitante de

analgésicos no opiodes dadas sus distintas formas de actuar, el tercer escalón lo constituyen los opiodes mayores, siendo la morfina oral de primera elección; con el progreso de los cuidados paliativos se ha creado un cuarto escalón analgésico, constituido por la morfina administrada subcutáneamente, pudiendo decir que con los cuatro escalones analgésicos citados se puede alcanzar un alivio substancial del dolor oncológico en aproximadamente un 95% de los casos.<sup>(1)</sup>

“La terapéutica medicamentosa es la piedra angular del tratamiento del dolor oncológico”<sup>(15)</sup>. En tal sentido, enfermería debe tener conocimiento de los fármacos a utilizar, mecanismo de acción y por ende corresponde realizar evaluación exhaustiva al enfermo oncológico con dolor, de tal manera que haga uso pertinente de la terapia farmacológica o en caso de ser requerida pueda decidir aplicar la no farmacológica.

Antes de abordar el tratamiento se debe tener presente los principios básicos del mismo: el dolor y su intensidad, son los que el paciente dice tener pues el dolor es subjetivo, la misión del equipo multidisciplinario es la de proporcionar alivio del dolor al paciente, luego se debe valorar el dolor antes de tratarlo se ha de buscar la causa generadora del dolor y aplicar tratamiento etiológico siempre que sea posible, se debe identificar el tipo de dolor (neuropático, visceral, somático) dados los factores pronósticos y terapéuticos.<sup>(1)</sup>

Fármacos del primer escalón: Analgésicos no opiodes: paracetamol y aines. Paracetamol analgésico de comienzo más suave, aines amplio grupo de fármacos caracterizados por ejercer su efecto al inhibir la síntesis de prostaglandinas a nivel periférico como a nivel del sistema nervioso central<sup>(1)</sup>.

El segundo escalón: esta constituido por los opioides menores, siendo facultativo el uso concomitante de analgésicos no opioides dadas sus muy distintas formas de actuar, el grupo lo forman codeína, dihidrocodeína y tramadol, como todos los opioides son analgésicos centrales ejerciendo su acción al unirse a los receptores opioides distribuidos en múltiples niveles del sistema nervioso central disminuyendo la transmisión y percepción de la información dolorosa<sup>(1)</sup>.

El tercer escalón: lo constituye los opioides mayores siendo la morfina oral de primera elección, la morfina y la metadona son los opioides potentes conocidos ya que actúan en múltiples niveles del sistema nervioso central sobre las vías y centros del dolor disminuyendo la transmisión, percepción y carga efectiva de la información dolorosa<sup>(1)</sup>.

Es imprescindible que el profesional de enfermería establezca una metodología racional al realizar sus acciones; de esta manera proporcionar una atención ajustada a los requerimientos del paciente con bases científicas, la labor fundamental del profesional en enfermería es la de cuidar; para lo cual es necesario conocer y seguir el proceso de cuidados de enfermería basados en los principios básicos de actuación en cuidados paliativos: valoración inicial, del paciente, la familia, el entorno, los medios físicos y personales con los que cuenta en cada ámbito y de los que dispone el propio servicio de cuidados paliativos.

Otros cuidados al paciente de cuidados paliativos se ejecutan detectando necesidades y problemas generales y específicos, hacer un diagnóstico de enfermería lo más completo posible, tanto del paciente como de la familia<sup>(1)</sup>. Planificar cuidados, elaborar un plan de acción con la colaboración de todo el soporte humano del que se disponga, muy especialmente el de la familia, aportando una educación sanitaria adecuada y apoyo emocional continuados. Tener en cuenta las prioridades que el propio paciente haga de sus necesidades lo que debe marcar la pauta. Es importante crear un clima de confianza que facilite la actuación del profesional de enfermería y que mejore la comunicación. De esta forma se facilita la elaboración de un plan de cuidados de forma conjunta con el paciente y la familia, compartiendo las decisiones y problemas con ellos.

Una vez identificados los problemas se planifica un plan individualizado, que debe ser ejecutado, fijar prioridades diarias de los cuidados es fundamental en la ejecución del plan. Los registros plasmados sobre la marcha reforzarán los cuidados del

paciente y servirán al resto del equipo de salud para encaminar los esfuerzos en la misma dirección.

En cuanto a la evaluación de los cuidados, se debe revisar cómo se están realizando, el resultado que se está obteniendo y la percepción de mejoría del propio paciente; También se hará una evaluación del estado general del paciente, de la familia y de su entorno; debe ser continua, ya que se trata de un paciente plurisintomático y multicambiante, se ha de tener una actitud crítica y abierta a otras posibilidades de cuidado, por ello hay que individualizar los cuidados. Cada vez que sea necesario, se adaptarán los cuidados al estado del paciente y situación global en la que se encuentre.

### **Tratamiento no farmacológico para el alivio de síntomas**

El tratamiento no farmacológico implica una concepción amplia de la terapéutica y van dirigidas fundamentalmente a promover la autonomía del paciente y su entorno, poniendo a su disposición recursos terapéuticos en diversas direcciones: medidas ambientales y organizativas, están dirigidas a que el paciente aumente la tolerancia al dolor mediante el respeto de su ritmo de actividades cotidianas y la consecución del bienestar máximo como son: favorecer el descanso y la relajación, para evitar la fatiga, ya que esta tiende a aumentar el umbral del dolor. Dieta adaptada a la situación y necesidades del paciente contemplando los gustos y apetencias con cantidades moderadas, promoción de la integración y participación familiar, aumentar la distracción a través de la televisión, musicoterapias u otras técnicas que permitan el alivio<sup>(1)</sup>.

Las medidas físicas tienen por objetivo aliviar el dolor, favorecer la aproximación del cuidador al paciente y buscar formas de comunicación a través de la relajación corporal. Entre las medidas físicas más comunes están: masajes, que es uno de los procedimientos más antiguos para tratar estados dolorosos, se describe como manipulación de los tejidos blandos del cuerpo, las movilizaciones de extremidades o articulaciones entumecidas y dolorosas en las que se utilizan las manos y el contacto



físico, otras precisan de instrumentos ortopédicos como son las prótesis, ortesis (férulas, collarines) <sup>(1)</sup>.

La estimulación cutánea, aplicación de calor o frío es una antigua técnica de alivio del dolor, es mas eficaz para el dolor localizado, la aplicación local de calor produce vasodilatación refleja cuya magnitud y extensión en profundidad depende de la fuente calórica, su intensidad y de la duración de la aplicación; las fuentes de calor mas utilizadas son: baños calientes, rayos infrarrojos, compresas calientes, bolsas de agua caliente. La aplicación local de frío produce vasoconstricción seguida de vasodilatación, al aplicar frío, llega el momento en que el tejido se hace excesivamente isquémico lo cual provoca la vasodilatación refleja para conservar la viabilidad del tejido y después vasoconstricción para evitar la disminución de la temperatura, la técnica utilizada para aplicar frío es el hielo en bolsa térmica directamente en la zona a tratar <sup>(1)</sup>.

Los conocimientos adquiridos sobre el tratamiento del dolor y otros síntomas que puede presentar el paciente durante la evolución de su enfermedad, permitirá hacer uso adecuado y preventivo de los recursos farmacológicos y no farmacológicos.

Los enfermos oncológicos presentan diversas complicaciones producto del desgaste energético como consecuencia de la enfermedad, que deben ser tomados en consideración para realizar un tratamiento cónsono con las necesidades que se derivan y que conlleva a aumentar las complicaciones desde el punto de vista clínico, entre ellas tenemos la caquexia neoplásica, síntomas digestivos, cardiorespiratorios, neurológicos y psicológicos entre otros signos y síntomas.

### **Caquexia neoplásica**

El síndrome de anorexia y caquexia relacionado con el cáncer se caracteriza por un estado de mal nutrición importante de génesis multifactorial. Ocurre en un 15-40% de pacientes en el momento del diagnóstico, cifra que se eleva hasta el 80-90% en situación avanzada <sup>(10)</sup>.

Su etiología es desconocida, constituye factores digestivos (disgeusia, xerostomía, disfagia, malabsorción, estreñimiento), metabólicos (hipercatabolismo, resistencia periférica a la insulina, hipercalcemia, hiponatremia) relacionado con el tratamiento oncológico (emesis, plenitud posprandial precoz, mucositis, resección en el área digestiva), psicosociales (ansiedad, depresión, aversión condicionada a los alimentos, sedentarismo) y otros (dolor, alteración del nivel de conciencia). Algunas citosina como factor de necrosis tumoral, las interleucinas de 1 y 6, y el interferón gamma, se consideran mediadores biológicos de algunas de sus manifestaciones clínicas <sup>(10)</sup>.

No existe un tratamiento eficaz salvo el de la enfermedad de base. Sin embargo, se dispone de fármacos capaces de estimular el apetito y retrasar la aparición de sus complicaciones, entre ellos la metoclopramida, la dexametasona y el acetato de megestrol. No debe descuidarse la corrección de otras causas asociadas (depresión, estreñimiento, o mucositis) <sup>(10)</sup>.

### **Síntomas digestivos**

En las neoplasias del área otorrinolaringológica, durante el tratamiento con quimioterapia o radioterapia, o ambas y en fases avanzadas de la enfermedad, son comunes los trastornos orofaríngeos, principalmente la mucositis, la xerostomía, la halitosis, la odinofagia y las alteraciones dentarias. Pueden llegar a comprometer la nutrición del enfermo, incluso en fase de tratamiento curativo. Suelen contribuir una deficiente higiene local, la deshidratación y la sobreinfección <sup>(10)</sup>.

La disfagia esofágica; puede estar motivada por tumores primarios, compresión extrínseca (cáncer de pulmón, neoplasias mediastínicas), síndrome paraneoplásicos (síndrome de Eaton-Lambert) toxicidad por irradiación o sobreinfección (candidiasis, herpes). Más de un tercio de los pacientes oncológicos presentan náuseas y vómitos de forma persistente; ello constituye al agravamiento de la anorexia y puede dificultar la toma de fármacos por vía oral. Deben descartarse causas endocrino metabólicas (hipercalcemia, uremia), neurológicas centrales (hipertensión endocraneal),

farmacológicas (quimioterapia, opiáceos) y obstructivas (a nivel gástrico duodenal); la tos y las secreciones bronquiales pueden agravar la emesis. Los modernos fármacos antiserotoninérgicos han contribuido notablemente a la profilaxis y tratamiento de los vómitos relacionados con la quimioterapia.

Las alteraciones acidopépticas (gastritis, enfermedades ulcerosas) también son comunes, especialmente en relación con la toma de antiinflamatorios no esteroideos y son una causa habitual de hemorragia digestiva alta en estos pacientes.

El estreñimiento suele ser motivo de precaución constante por parte del enfermo y de su familia. El encamamiento, una dieta pobre en residuos, la deshidratación y los fármacos opiáceos son responsables habituales cuando se descartan causas malignas. Los cuadros oclusivos intestinales constituyen una complicación frecuente en las neoplasias abdominopelvianas; su sintomatología (dolor, distensión abdominal, vómitos, falta de emisión de gases y heces) puede ser evidente. En estos casos, cobra especial relevancia el diagnóstico etiológico, ya que la obstrucción tumoral, las bridas posquirúrgicas, la enteritis radio inducida o el íleo paralítico son inicialmente indistinguibles.

La cavidad abdominal puede ser asiento de la diseminación tumoral desde diversos órganos. El cuadro más característico está representado por la carcinomatosis peritoneal, la cual se define como la presencia de implantes tumorales en la superficie peritoneal y ascitis maligna. Es más frecuente en pacientes con adenocarcinoma colorrectal, gástrico, pancreático, y ovárico; su pronóstico es muy desfavorable. Es necesario descartar otras causas de ascitis como la cirrosis hepática, la obstrucción de vena cava inferior, la insuficiencia cardíaca congestiva o la hipoalbuminemia <sup>(10)</sup>

### **Síntomas cardiorespiratorio**

En el cáncer de pulmón predominan las manifestaciones clínicas locales, dependiendo de la localización del tumor (central o periférica). Son más frecuente la

tos 70-80%, la disnea 50-60%, el dolor torácico 35-50% y la hemoptisis 25-40%. Sin embargo, pueden coexistir síntomas sistémicos, especialmente astenia, anorexia, pérdida ponderal, síndromes paraneoplásicos o manifestaciones metastásica <sup>(10)</sup>

Los síntomas torácicos representan también un problema clínico común en las neoplasias extrapulmonares; alrededor de un 30-50% de los tumores metastatizan en el pulmón, sobre todo los carcinomas de mama, riñón, testículos, melanomas y sarcomas. Las manifestaciones clínicas son muy variables, dependiendo de la función respiratoria previa de la forma de diseminación.

Las metástasis hematógenas suelen originar nódulos periféricos bien delimitados, múltiples y de diversos tamaños que suelen predominar en los campos medios e inferiores. Los pacientes pueden permanecer asintomáticos durante periodos variables, ya que la disnea se presenta cuando la afección es masiva, se asocia al derrame pleural o linfangitis.

El derrame pleural maligno es el segundo síndrome respiratorio, el cual puede manifestarse con disnea 60%, tos irritativa 40% y dolor sordo o pleurítico 25%. Las entidades responsables son, en orden de creciente de incidencia, el carcinoma de pulmón, el cáncer de mama, las enfermedades linfoproliferativas y los tumores ováricos. Con relativa frecuencia no llega a detectarse un tumor primario evidente al momento del diagnóstico. Se le denomina paramalignos aquellos derrames en cuyo estudio citológico no se demuestra la presencia de células neoplásicas. Entre sus causas destacan la obstrucción ganglionar o bronquial, la infección, la hipoalbuminemia, la embolia pulmonar o las reacciones adversas a irradiación o fármacos.

Existen formas más raras de diseminación broncopulmonar que se deben tener en cuenta como lo son: las metástasis endobronquiales aisladas, las cuales representan solo el 2-5% de los casos en serie necróticas. Los orígenes más frecuente son: los cánceres de mama, colon, recto y riñón. Sus manifestaciones clínicas (tos y hemoptisis) y radiológicas son superponibles a las del carcinoma broncogénico

central. La linfangitis carcinomatosa pulmonar se asocia principalmente a los adenocarcinoma (mamario, pulmonar, gástrico y pancreático). El diagnóstico diferencial del paciente con disnea deben considerarse otras complicaciones torácicas posibles descompensación de enfermedades subyacentes (insuficiencia cardíaca, obstrucción crónica al flujo aéreo), infecciones respiratorias (bronquiales o pulmonares), síndrome compartimentar en el mediastino (compresión de la vena cava superior), fenómenos tromboembólicos (favorecidos por los trastornos de la coagulación y la inmovilidad prolongada) y lesiones iatrogenias (neumonitis secundaria a bleomicina o irradiación).

Con menor frecuencia, el corazón puede ser asiento de síntomas por la propia neoplasia (derrame pericárdico, taponamiento cardíaco), su tratamiento (miocardiopatía por antraciclinas o irradiación), o por trastorno electrolíticos (hiperpotasemia, hipercalcemia) o metabólicos (amiloidosis)<sup>(10)</sup>.

### **Síntomas neurológicos y psicológicos**

Aproximadamente un 25% de los pacientes que fallecen por cáncer presentan diseminación en el sistema nervioso central. Las metástasis cerebrales representan el cuadro más frecuente, suelen proceder de tumores primitivos de pulmón especialmente carcinoma de células pequeñas y adenocarcinoma, mama, melanoma y origen primario desconocido. Son múltiples en un 60% y su aspecto en la Tomografía Computarizada puede ser sólido, hemorrágico o quístico. Los síntomas derivan de la hipertensión endocraneal como la cefalea persistentes, náusea, vómitos, alteraciones del nivel de conciencia y de los trastornos neurológicos focales como: deterioro de las funciones intelectuales, hemiparesia, convulsiones ataxia<sup>(10)</sup>.

Un segundo cuadro característico es debido a la compresión de la médula espinal o la cola de caballo por metástasis epidurales, se produce en el cáncer de pulmón, mama, próstata, linfoma y mieloma. El síntoma de alarma es un dolor local, referido a la columna vertebral, que posteriormente se asocian a paraparesia y alteraciones de la sensibilidad y de los reflejos. La compresión es más común en la región dorsal y

se considera una urgencia oncológica; la aparición de trastorno de los esfínteres ensombrece el pronóstico en cuanto a la recuperación neurológica. Actualmente el método diagnóstico electivo es la resonancia magnética.

Paralelamente a la mejoría en la supervivencia de diversas neoplasias, la incidencia de la carcinomatosis meníngea se ha ido incrementando progresivamente. Se asocia, en particular a los cánceres de mama o pulmón, y al melanoma. Desde el punto de vista clínico, se define por la presencia de signos y síntomas de enfermedad estructural multifocal que afecta al sistema nervioso central, como cefalea, alteraciones mentales, trastorno de los pares craneales, disfunción autónoma y radiculopatías lumbosacras. Suele aparecer en fases avanzadas. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y en el análisis cito bioquímico del líquido cefalorraquídeo.

Por último, la prevalencia de las plexopatías braquial (asociado al cáncer de mama) y lumbosacra (causados por tumores pelvianos) es también elevada. Suele cursar con dolor neurítico, parestesia, hipostesia, debilidad y atrofia muscular. Deben descartarse las causas iatrogenas (irradiación, lesiones quirúrgicas); el dolor intenso y aparición precoz es sugestivo de infiltración metastásica.

Hay otras múltiples causas de deterioro neurológico en un paciente con cáncer; los síndromes paraneoplásicos son cuadros poco habituales (alrededor del 1%) y de difícil diagnóstico que exigen una sospecha clínica precoz. Es frecuente la coexistencia de síntomas psicológicos o psiquiátricos; los más comunes son las alteraciones emocionales (depresión y ansiedad) y del ritmo del sueño, los trastornos cognitivos (delirio, demencia) y alteraciones de la personalidad. Además de su sintomatología propia, estos síntomas contribuyen al agravamiento de otras manifestaciones y en la calidad de vida de los pacientes <sup>(10)</sup>

## **Complicaciones hematológicas e infecciosas**

Los defectos celulares cuantitativos constituyen la principal alteraciones hematológicas en los pacientes oncológicos. Pueden presentarse aislados (afectando una sola serie hematopoyética) o de forma combinada (pancitopenia). Aunque su prevalencia se ha ido incrementando en los últimos años; la morbilidad asociada a ellos ha descendido gracias a la disponibilidad de hemoderivados específicos (hematíes y plaquetas) y al descubrimiento de los factores de crecimiento hematopoyético (eritropoyetina, factores estimulantes de colonias).

En su etiología deben distinguirse la infiltración neoplásica de la medula ósea, la mielotoxicidad por la quimioterapia o radioterapia, los defectos nutricionales (vitamina B12, ácido fólico), los trastornos autoinmunitarios, el hiperesplenismo, las pérdidas hemáticas y los síndromes mielodisplásicos secundarios. La morfología celular en sangre periférica y el estudio histológico de la medula ósea permiten el diagnóstico diferencial de la mayoría de los casos. Los síntomas dependerán de la intensidad del descenso celular y de la rapidez de su instauración <sup>(10)</sup>.

Las complicaciones infecciosas (asociadas o no con neutropenia) continuaran representando la primera causa de morbilidad y mortalidad entre los pacientes con cáncer. La predisposición a las infecciones deriva de los defectos producidos en su mecanismo de defensa, y esto depende tanto de la neoplasia de base como de su terapéutica. La fiebre representa el signo más frecuente y es la primera señal de alarma ante una posible infección. Sin embargo deben excluirse otras causas de elevación de la temperatura; fiebre tumoral o paraneoplásica (común en los Linfomas y el sarcoma de Ewing), inducida por fármacos (bleomicina, interferón) o hemoderivados (reacciones transfusionales), secundarias a trastornos metabólicos o alteraciones del centro termorregulador (metástasis cerebrales), y producidas por enfermedades intercurrentes (enfermedad tromboembólica).

Las infecciones más graves aparecen en el contexto de la leucopenia inducida por la quimioterapia. El riesgo de padecerlas es proporcional al descenso cuantitativo del

recuento de neutrofilos (especialmente por debajo de 500 células/mm<sup>3</sup>) y a su duración. Los microorganismos implicados suelen ser las bacterias (grampositivos, gramnegativos) su incidencia es similar en ambos y hongos (cuando la duración de la neutropenia es superior a los diez días). Los focos habituales son del tracto respiratorio (neumonías bacterianas, tuberculosis, pneumocystis carinii, hongos), gastrointestinal (candida, herpes, en el tracto digestivo superior y en el inferior clostridium, pseudomonas), la piel (grampositivos, herpes zóster) y las vías urinarias (gramnegativos).

El tratamiento de las infecciones no relacionadas con la neutropenia varía con el tipo de neoplasia, la terapia recibida, las alteraciones defensivas predominantes y la gravedad del episodio. Generalmente, puede diferirse el tratamiento antibiótico hasta obtener una confirmación microbiológica mediante cultivos de focos sospechosos <sup>(10)</sup>.

### **Otros síntomas y signos:**

Las molestias urinarias (hematuria, polaquiuria, disuria) suelen estar originadas por tumores primarios del sistema excretor, compresión extrínseca por neoplasias vecinas o adenopatías, infecciones locales, trastorno de los esfínteres o efectos secundarios del tratamiento (cistitis por irradiación o por ifosfamida en dosis altas). <sup>(10)</sup>.

La insuficiencia renal cursa inicialmente con manifestaciones poco específicas (anorexia, adelgazamiento, náuseas, vómitos, hipertensión y oliguria); puede deberse a causas prerrenales (deshidratación, hemorragia, hipotensión), renales (nefrotoxicidad de determinados fármacos, glomerulopatías) o más frecuentemente obstructivas (cálculos, lesiones expansivas retroperitoneales) <sup>(10)</sup>.

La metástasis cutánea suelen aparecer en pacientes con cáncer de mama, melanoma, linfomas t, cáncer de pulmón, o tumores del tracto digestivo; se inician como nódulos subepidérmicos dolorosos que tienden a crecer, ulcerarse y sobreinfectarse. Los síndromes paraneoplásicos cutáneos son frecuentes, aunque pueden pasar desapercibidos, entre ellos se destaca la hiperqueratosis (asociada a carcinoma epidermide de esófago), el vitíligo (común en el melanoma), la acantosis



nigricans (relacionada con el cáncer gástrico). El prurito es un síntoma común, que puede tener su origen en causas locales (disqueratosis senil), metabólicas (obstrucción biliar, hipercalcemia) o paraneoplásicas (enfermedad de hodgkin). Otras manifestaciones dermatológicas están relacionadas con los procesos infecciosos y efectos adversos de la irradiación o de algunos fármacos (bleomicina, 5 fluorouracilo, antibióticos y corticoides) <sup>(10)</sup>.

El linfedema de las extremidades puede deberse a infiltración neoplásica, exéresis quirúrgica o fibrosis post irradiación. La obstrucción de los vasos linfáticos condicionan un edema crónico con fibrosis intersticial cuyas complicaciones principales son la sobre infección, el dolor, la limitación funcional y los trastornos psicológicos secundarios. La etiología mas frecuente es el cáncer de mama (linfedema del miembro superior) y los tumores del tracto genitourinario (afección de miembros inferiores) <sup>(10)</sup>.

El paciente oncológico presenta múltiples síntomas y signos durante la evolución de su enfermedad. Su registro sistemático permite conocer la evolución de la neoplasia y monitorizar la efectividad del tratamiento. Dado que estas manifestaciones pueden deberse a múltiples causas (tumor primario, metástasis a distancia, síndromes paraneoplásicos, toxicidad del tratamiento, enfermedades intercurrentes), adquiere una especial relevancia el correcto diagnostico diferencial. Cuando el tratamiento etiológico existe, es electivo y muchas veces paliativo. Si no se dispone de un tratamiento específico para la neoplasia de base, las medidas sintomáticas y de soporte proporcionan una paliación eficaz en la mayor parte de circunstancias clínicas.

### **Principios de Medicina Paliativa**

Aun cuando se ha logrado mucho y las perspectivas terapéuticas son esperanzadoras, la oncología clínica no puede estar satisfecha, por cuanto hay muchos pacientes que aun mueren de cáncer; incluso aquellos que sobreviven, nos demandan hoy mayor atención en numerosos aspectos médicos y sanitarios.

En la oncología clínica, es donde se forja el principio de la medicina paliativa debido a sus objetivos planteados, entre los cuales sé que destacan: curar al paciente, aumentar la supervivencia, mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas. Los fundamentos de la paliación en una antigua y maravillosa concepción, según González Barón definen a los cuidados paliativos como “la atención al hombre que sufre, aunque su sufrimiento solo tenga una relación marginal con la enfermedad” <sup>(10)</sup>

También lo definen como “programas de tratamiento activo destinados a mantener y mejorar las condiciones de vida de los pacientes, cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”<sup>(4)</sup>. El tratamiento será proporcionado por un equipo multidisciplinario bien coordinado, con objetivos concretos, marcados y alcanzables, elaborado de forma individualizada ya que todos los pacientes no tienen el mismo umbral del dolor, ni sus culturas son iguales así como sus creencias; debe ser permanente e intensivo, programado y a demanda del paciente.

El término “paliar” procede de latín, palliare, pallium, capa, y significa tapar, encubrir, disimular la violencia de ciertos procesos, mitigar y moderar el rigor de los mismos. Dentro de los objetivos que se plantea la oncología clínica, se puede resaltar que cuando ya no es posible curar al paciente, es prioritario aumentar la supervivencia, dilatar los intervalos libres de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas <sup>(10)</sup>.

Cuando se aborda la enfermedad y se tiene presente estos objetivos es de suma importancia plantear la posibilidad de curación, ya que la curación es el sentido de recobrar la salud. Para ello se realizan los estudios de diagnóstico y de factores pronósticos necesarios. Con tales propósitos se utilizan estrategias terapéuticas agresivas y arriesgadas así como la maquinaria necesaria, con costes en toxicidad, efectos secundarios, molestias, incomodidades etc. que sean precisos, sin escatimar los esfuerzos humanos y económicos que dieran lugar. Se podrán así lograr la curación, o al menos un aumento sustancial del intervalo libre de recaída y una

mayor supervivencia, con una confortabilidad que verdaderamente compensa el esfuerzo realizado.

La medicina paliativa debe estar presente desde el momento del diagnóstico y de la evolución pronóstica; es decir desde las fases iniciales de la enfermedad, si bien de forma mínima para irse implementándose según pasa el tiempo, el tratamiento activo y paliativo van de la mano durante todo el transcurso de la enfermedad, no aplicándose exclusivamente en la última fase del deterioro funcional.

Existen medidas de soporte que merecen una especial atención en cuanto a la patología provocada por la terapéutica específica anticancerosa, como lo son los llamados tratamiento de soporte, estas medidas terapéuticas están encaminadas a mejorar el estado general, independientes de los tratamientos específicos antineoplásicos, en el transcurso de la aplicación de estos, incluyendo la terapia preventiva o curativa de las toxicidades, las pautas dietéticas, la prevención y el tratamiento de las infecciones, las medidas de reanimación hematológicas, la rehabilitación en todos sus aspectos, hasta el apoyo psicológico, social y espiritual o el conocimiento de la urgencias oncológicas.

Por lo tanto el tratamiento de soporte en oncología comprende el estudio de los síndromes y síntomas que complican y acompañan el curso clínico de las enfermedades, ya sean dependientes del cáncer, del paciente o del tratamiento. Sus objetivos son prevenir, eliminar o paliar aquellas circunstancias que deterioran la calidad de vida, imposibilitan o disminuyen la correcta aplicación de los tratamientos específicos antineoplásicos, mejorando las condiciones del paciente.

Se debe insistir en que es incorrecto asociar lo paliativo exclusivamente al enfermo terminal, ya que la medicina paliativa oncológica es mucho más que la aplicación al paciente en sus últimas fases <sup>(10)</sup>. La Medicina Paliativa debe estar presente desde el diagnóstico de la enfermedad y desde el comienzo del tratamiento. Mientras que el objetivo de la medicina curativa es el estudio de los procesos nosológicos, contemplando su etiología, anatomía patológica, fisiopatología, clínica, diagnóstico,

pronóstico, tratamiento y profilaxis, en medicina paliativa el objetivo de estudio es la persona enferma y la preservación de su dignidad.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo primordial proporcionar el mayor grado de bienestar posible entendiéndose como bienestar la sensación global de satisfacción o alivio de las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales que puede experimentar el paciente de forma intermitente, continua o esporádica, a lo largo de la última etapa de su existencia, por ello la enfermera tiene un papel fundamental en esta área paliativa, ya que esto se logra en gran medida con los cuidados integrales propios de las funciones del equipo de enfermería <sup>(1)</sup>.

La labor de enfermería es el cuidar, para desarrollarla se debe seguir el proceso de enfermería adaptado a los cuidados paliativos, se realiza una valoración inicial del paciente, de la familia reconociendo el cuidador principal, el entorno, los medios físicos y personales con los que se cuenta en cada ámbito y de los que dispone el propio servicio de cuidados paliativos; luego se detectan necesidades y problemas generales y específicos, se debe realizar un diagnóstico de enfermería lo más completo posible, tanto del paciente como de la familia; seguido de la planificación de los cuidados, donde se elabora un plan de acción con la colaboración de todo el soporte humano del que se disponga, muy especialmente el de la familia, aportando una educación sanitaria adecuada y apoyo emocional continuados.

Se debe tener muy en cuenta las prioridades que el propio paciente haga de sus necesidades, lo que debe marcar la pauta, es importante crear un clima de confianza que facilite la actuación de la enfermera mejorando la comunicación, de esta forma se facilita la elaboración de un plan de cuidados de forma conjunta con el paciente y la familia, compartiendo las decisiones y problemas con ellos; luego una vez identificados los problemas y determinado un plan de acción individualizado, fijar las prioridades diarias de los cuidados es fundamental en la ejecución del plan, las anotaciones o registros que se haga sobre su marcha reforzaran los cuidados del enfermo y servirán al resto del equipo para encaminar los esfuerzos en la misma

dirección; para culminar se realiza la evaluación de los cuidados, de cómo se están ejecutando, del resultado que se está obteniendo y de la percepción de mejoría del propio paciente, también se hará una evaluación del estado general del enfermo, de la familia y de su entorno, ha de ser continua, ya que se trata de un paciente plurisintomático y multicambiante.

Mantener una actitud crítica y abierta a otras posibilidades de cuidados, ya que lo que es válido para unos pacientes puede no serlo para otros, razón por la cual hay que individualizar los cuidados, cada vez que sea necesario, se adaptarán los cuidados al estado del paciente y situación global en la que se encuentra, son importantes las reuniones conjuntas con el médico para exponer toda la información de la situación y valoración que se haga de ellas, la opinión de la enfermera en la toma de decisiones es muy importante por dos motivos: conocen mejor al paciente y familia por su mayor contacto en tiempo y proximidad y es quien ejecuta los cuidados y los tratamientos que se lleva a cabo.

El desempeño del rol de enfermería en el área de cuidados paliativos demanda conocimiento, habilidad y conducta, que supere las exigencias de la situación individual de cada paciente, partiendo desde un punto de vista holístico las necesidades que se generan son particulares en cada uno, tanto en lo social, espiritual y físico, en ocasiones la situación que vive el paciente que acude a la unidad de cuidados paliativos se transforma en desesperanza por toda la sintomatología que lo aqueja, es en ese momento donde el profesional de enfermería debe dar uso a herramientas obtenidas durante su experiencia para optimizar los cuidados paliativos, es pertinente orientar los cuidados de enfermería a satisfacer el mayor número de necesidades y promover la calidad de vida o el fallecimiento digno, como lo refiere la concepción de los cuidados paliativos; para ello es fundamental la actualización en las unidades clínicas donde se promueva el aumento del conocimiento, puede tomarse como patrón paradigmas existentes a través de los actos como es la capacitación del personal en unidades específicas.

En este sentido la capacitación es un modelo de educación llevado en las instituciones con el fin de satisfacer necesidades, mejorar su funcionamiento y optimizar cuidados, es una manera no formal de hacer llegar el conocimiento sobre cuidados paliativos que debe recibir el paciente oncológico que lo requiere; sin que ello signifique la sustitución de programas académicos formales.

Así mismo, la capacitación es un medio formidable para encauzar el personal de una empresa logrando una autentica automotivación e integración en la misma, esto solo es posible si la educación que se imparte es integral, pues solo así ubicará y desarrollará al empleado como un miembro responsable del conglomerado social al cual pertenece<sup>(16)</sup>.

"La capacitación esta orientada a satisfacer las necesidades que las organizaciones tienen de incorporar conocimientos, habilidades y actitudes en sus miembros, como parte de su natural proceso de cambio, crecimiento y adaptación a nuevas circunstancias internas y externas. Compone uno de los campos mas dinámicos de lo que en términos generales se ha llamado, educación no formal."<sup>(17)</sup>

La capacitación debe tener un análisis previo para evaluar en que parte de la organización es necesario mejorar la información y su efectividad. Y luego medir nuevamente después de la capacitación para determinar el dominio teórico.

La capacitación esta orientada a satisfacer las necesidades que las instituciones tienen de incorporar conocimiento, habilidades y actitudes en sus miembros como parte del proceso de cambio y crecimiento.

Es de suma importancia que los profesionales de enfermería que proporcionan cuidados al paciente oncológico sean capacitados en cuidados paliativos, pues este tipo de paciente es especial, ya que presentan múltiples síntomas ocasionados por la enfermedad y el tratamiento de ella, razón por la cual las instituciones hospitalarias deben contar con profesionales de enfermería preparados, con conocimientos en cuidados paliativos ya que estos ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad. Los elementos fundamentales del tratamiento

paliativo son el control del dolor y otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible, es por esto que enfermería debe obtener conocimientos en esta especialidad para asegurar la calidad de los cuidados proporcionados y la calidad de vida del paciente y su familia con la finalidad de optimizar los cuidados.

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

- ✓ 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 en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, en el primer semestre año 2013.

### **Objetivos específicos**

- ✓ Identificar el conocimiento teórico y práctico que poseen los profesionales en enfermería sobre los cuidados paliativos previo a la aplicación del taller, en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, en el primer semestre, año 2013.
- ✓ Diseñar el taller sobre cuidados paliativos dirigido a los profesionales en enfermería, en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, en el primer semestre, año 2013.
- ✓ Aplicar el taller sobre cuidados paliativos dirigido a los profesionales en enfermería, en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, en el primer semestre, año 2013.
- ✓ Verificar los cambios que se generan en el conocimiento sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería posterior a la aplicación del taller, en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, en el primer semestre, año 2013.

## **Aspectos éticos**

Para la realización del presente trabajo se cumplió con los requisitos exigidos por el comité de bioética de la institución, en el cual se resguarda la confidencialidad de los participantes que llenen los instrumentos. En tal sentido la participación en la presente investigación no representa ningún riesgo físico, psicológico ni moral, por tal motivo se resguarda la integridad del mismo, no serán sometidos a ningún experimento que implique riesgos para su salud, al tiempo que no se ven vulnerados sus derechos como ciudadanos. Por tal motivo este estudio se realiza con la intención de mejorar los procesos de atención y cuidados en el enfermo que requiere de cuidados paliativos.



## **METODOS**

### **Tipo de investigación**

El tipo de investigación es interactiva, la cual consiste en modificar el evento estudiado, generando y aplicando sobre él una intervención especialmente diseñada, en ella el investigador pretende sustituir un estado de cosas actual, por otro estado de cosas deseado <sup>(18)</sup>. De acuerdo a este concepto en la presente investigación se desarrolló un taller de capacitación sobre cuidados paliativos para el profesional de enfermería especialmente diseñado tomando en cuenta el conocimiento que ellos poseen sobre elementos fundamentales para el cuidado requeridos al tratar pacientes en las unidades de hospitalización, en tal sentido se ejecutaron acciones para modificar el evento de estudio.

### **Diseño de la investigación**

Según la intervención del investigador se trata de una investigación cuasi-experimental con un diseño pre y post que no requiere grupo control, este diseño permite saber si hubo cambio entre la condición anterior al tratamiento y la medición posterior, en tal sentido se aplicó el cuestionario antes y después de aplicar un taller para lo cual se esperó un tiempo prudencial para lograr evidenciar cambios, la intervención de las investigadoras fue para provocar un efecto en el desempeño sin realizar un control del mismo.

### **Población y muestra**

Para la investigación se consideró como población cuarenta y dos (42) profesionales de enfermería que laboran en las unidades clínicas de hospitalización de medicina interna y cirugía oncológica en el instituto oncológico “Dr. Luis Razetti” de la ciudad de Caracas.

El criterio de inclusión son todos los profesionales que laboran en las áreas clínicas de medicina interna y cirugía oncológica en un tiempo mayor de tres meses.

El criterio de exclusión son los profesionales de enfermería que laboran en otras unidades clínicas y solo asisten a la unidad de medicina interna y cirugía oncológica en pocas ocasiones solo a cubrir la ausencia del profesional fijo de la unidad.

### **Procedimiento**

En la investigación se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta y como instrumento el cuestionario, que consiste en un conjunto de preguntas relacionadas con el evento en estudio <sup>(18)</sup>.

El procedimiento para recoger información fue autorizado a través de comunicación al comité de ética y consentimiento informado, para lograr lo propuesto usando el instrumento, el cual es un cuestionario diseñado de la siguiente manera: una primera parte donde se acentúan los datos socio-demográficos de los profesionales de enfermería, una segunda parte que consta de 28 ítems de selección para medir el dominio teórico del profesional de enfermería en cuanto a los cuidados paliativos. Este cuestionario fue aplicado en dos momentos, antes del taller (pretest) y posterior al taller (postest).

Por otra parte se diseña un instrumento de observación en el cual se identifica cuales son los cuidados que realiza el profesional de enfermería a pacientes de cuidados paliativos, el cual se aplico antes y después del taller durante sus funciones y cuidados de enfermería. El tiempo de espera para la aplicación de la prueba posterior al taller de capacitación fue de un mes (1)

### **Tratamiento estadístico**

El tratamiento estadístico se hace extensivo hasta la fase procesamiento y análisis de los datos arrojados con la aplicación del instrumento. Los datos se recopilaron con base en los objetivos del estudio y se organizaron por las dimensiones e indicadores en tablas de frecuencia absoluta y relativa.

Para el análisis de los mismos se estableció el criterio cualitativo de carácter estadístico tabulando los datos de acuerdo con las respuestas, bajo un procedimiento de estadística descriptiva, de la siguiente manera; se designa la palabra “SI”, cuando la respuesta del profesional de enfermería es la acertada ya que se refiere al conocimiento sobre el cuidado que debe realizar al paciente de cuidados paliativos y la palabra “NO” cuando la respuesta no coincide con el cuidado a realizar; al mismo tiempo se efectúan tres observaciones en cada procedimiento señalado en el instrumento, el cual se refiere a los cuidados que aplica el profesional de enfermería donde la realización de dos o tres veces del mismo cuidado se traduce a que si lo realiza por lo que las autoras del presente trabajo lo identifican como “SI” y la no realización en el mismo número señalado se identifica como “NO”.

Posteriormente se elaboraron las matrices de datos, se describió en cuadros los datos y valores obtenidos de la variable y sus dimensiones, se calculan las frecuencias acumuladas y porcentajes expresados en cuadros, se representan las frecuencias relativas, calculadas por ítems a través de gráficas donde se determinó la frecuencia modal en términos de porcentaje, la cual es indicativo de hacia dónde se inclina la realidad, Posteriormente se realiza el taller de capacitación y se vuelve a aplicar los instrumentos para verificar los cambios obtenidos en el cuidado al paciente de cuidados paliativos <sup>(18)</sup>.

Una vez registrada y descrita todas las respuestas y las observaciones del grupo de enfermeras, se procedió a aplicar una prueba de inferencia para comprobar si hubo cambios en la cantidad de respuestas y observaciones correctas (indicadas por “SI”) e incorrectas (indicadas por “NO”), antes y después de haber realizado el taller. En este caso, el factor de comparación será cantidad de respuestas y observaciones, por lo que se considerará las variables implicadas como cuantitativas. Debido a que el grupo de enfermeras ejerció su propio control, en los dos momentos se aplica una prueba para muestras relacionadas denominada Prueba de los rangos de signos de

Wilcoxon <sup>(22)</sup> con un nivel de significación del 5%. La toma de decisión se consideró de la siguiente forma:

- Si  $p < 0.05$  se afirma que hubo cambios significativos en las respuestas y observaciones antes y después del taller.
- Si  $p \geq 0.05$  se afirma que no hubo cambios significativos en las respuestas y observaciones antes y después del taller

Se realizaron cuatro tipos de comparaciones, primero tomando cada una de las dimensiones por separado y luego considerando el test completo.

## RESULTADOS

Datos socio demográficos de las 42 enfermeras que elaboran en las unidades clínicas de hospitalización de medicina interna y cirugía oncológica.

### Cuadro N° 1

Distribución absoluta y porcentual de los elementos muestrales participantes en el estudio según nivel académico en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en el instituto oncológico "Dr. luís Razetti".

<b>Nivel académico</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Lcda. Enfermería	19	45%
T.S.U enfermería	23	55%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario aplicado.

## Cuadro N° 2

Distribución absoluta y porcentual de los elementos muestrales participantes en el estudio según tiempo de servicio en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en el instituto oncológico "Dr. luís Razetti".

<b>Tiempo de servicio</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
De 1 a 5 años	12	29%
De 6 a 10 años	18	42%
De 11 años y mas	12	29%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario aplicado.

### Cuadro N° 3

Distribución absoluta y porcentual de los elementos muestrales participantes en el estudio según cursos recibidos en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en el instituto oncológico "Dr. Luis Razetti".

<b>Cursos recibidos</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Cuidados paliativos	9	21%
Enfermería oncológica	12	29%
Ninguno	21	50%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario aplicado.

**Pretest realizado antes de capacitar a los profesionales de enfermería**

**Cuadro N° 4**

Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimiento teórico sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión control de síntomas, (pretest).

Control de síntomas	SI		NO		Total	
	Fa	%	Fa	%	F	%
Identificación de problemas y necesidades	12	28%	30	72%	42	100%
Identifica causa y localización	14	33%	28	67%	42	100%
Valora intensidad del síntoma	10	24%	32	76%	42	100%
Utilización de la escala analgésica	10	24%	32	76%	42	100%
Alivio del síntoma	14	33%	28	67%	42	100%
<b>Promedio</b>		29%		71%		100%

Fuente: cuestionario aplicado.



### Cuadro N° 5

Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento farmacológico, (pretest).

Tratamiento farmacológico	SI		NO		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Broncodilatadores	13	31%	29	69%	42	100%
Antiinflamatorios bronquiales	9	21%	33	79%	42	100%
Oxigenoterapia	15	36%	27	64%	42	100%
Opiáceos	10	24%	32	76%	42	100%
<b>Promedio</b>		28%		72%		100%

Fuente: cuestionario aplicado.

### Cuadro N° 6

Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento no farmacológico, (pretest).

Tratamiento no farmacológico	SI		NO		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Descanso y relajación	10	24%	32	76%	42	100%
Alimentación	15	36%	27	64%	42	100%
Apoyo familiar	9	21%	33	79%	42	100%
Actividades recreativas	10	24%	32	76%	42	100%
Masajes	17	40%	25	60%	42	100%
Movilizaciones	13	31%	29	69%	42	100%
Estimulación cutánea	24	57%	18	43%	42	100%
<b>Promedio</b>		33%		67%		

Fuente: cuestionario aplicado.

**Observaciones realizadas durante el pretest:**

**Cuadro N° 7**

Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión control de síntomas (pretest).

Control de síntomas	SI		NO		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Identificación de problemas y necesidades	11	26%	31	74%	42	100%
Identifica causa y localización	14	33%	28	67%	42	100%
Valora intensidad del síntoma	17	40%	25	60%	42	100%
Utilización de la escala analgésica	5	12%	37	88%	42	100%
Alivio del síntoma	20	48%	22	52%	42	100%
<b>Promedio</b>		32%		68%		

Fuente: guía de observaciones.

### Cuadro N° 8

Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento farmacológico (pretest).

Tratamiento farmacológico	SI		NO		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Broncodilatadores	10	24%	32	76%	42	100%
Antiinflamatorios bronquiales	15	36%	27	64%	42	100%
Oxigenoterapia	20	48%	22	52%	42	100%
Opiáceos	11	26%	31	74%	42	100%
<b>Promedio</b>		33%		67%		

Fuente: guía de observaciones.

### Cuadro N° 9

Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento no farmacológico (pretest).

Tratamiento no farmacológico	SI		NO		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Descanso y relajación	18	43%	24	57%	42	100%
Alimentación	15	36%	27	64%	42	100%
Apoyo familiar	9	21%	33	79%	42	100%
Actividades recreativas	13	31%	32	76%	42	100%
Masajes	17	40%	29	69%	42	100%
Movilizaciones	13	31%	29	69%	42	100%
Estimulación cutánea	15	36%	27	64%	42	100%
<b>Promedio</b>		34%		66%		

Fuente: guía de observaciones.

## Postest realizado después de capacitar a los profesionales de enfermería

### Cuadro N° 1

Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión control de síntomas (Postest).

Control de síntomas	SI		NO		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Identificación de problemas y necesidades	22	52%	20	48%	42	100%
Identifica causa y localización	19	45%	23	55%	42	100%
Valora intensidad del síntoma	20	48%	22	52%	42	100%
Utilización de la escala analgésica	23	55 %	19	45%	42	100%
Alivio del síntoma	18	43%	24	57%	42	100%
<b>Promedio</b>		49%		51%		

Fuente: cuestionario aplicado.

## Cuadro N° 2

Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento farmacológico (Postest).

Tratamiento farmacológico	SI		NO		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Broncodilatadores	20	48	22	52	42	100%
Antiinflamatorios bronquiales	17	40	25	60	42	100%
Oxigenoterapia	22	52	20	48	42	100%
Opiáceos	23	55	19	45	42	100%
<b>Promedio</b>		49%		51%		

Fuente: cuestionario aplicado.

### Cuadro N° 3

Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento no farmacológico (Postest).

Tratamiento no farmacológico	SI		NO		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Descanso y relajación	22	52	20	48	42	100%
Alimentación	20	48	22	52	42	100%
Apoyo familiar	19	45	23	55	42	100%
Actividades recreativas	22	52	20	48	42	100%
Masajes	23	55	19	45	42	100%
Movilizaciones	17	40	25	60	42	100%
Estimulación cutánea	30	71	12	29	42	100%
<b>Promedio</b>		52%		48 %		

Fuente: cuestionario aplicado.



**Observaciones realizadas durante el postest:**

**Cuadro N° 4**

Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión control de síntomas (postest).

<b>Control de síntomas</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>	
	<b>Fa</b>	<b>%</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>	<b>Fa</b>	<b>%</b>
Identificación de problemas y necesidades	25	60	17	40	42	100%
Identifica causa y localización	22	52	20	48	42	100%
Valora intensidad del síntoma	26	62	16	38	42	100%
Utilización de la escala analgésica	28	67	14	33	42	100%
Alivio del síntoma	22	52	20	48	42	100%
<b>Promedio</b>		59%		41%		

Fuente: guía de observaciones

### Cuadro N° 5

Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento farmacológico (postest).

Tratamiento farmacológico	SI		NO		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Broncodilatadores	24	57	18	43	42	100%
Antiinflamatorios bronquiales	19	45	23	55	42	100%
Oxigenoterapia	27	64	15	36	42	100%
Opiáceos	23	55	19	45	42	100%
<b>Promedio</b>		55%		45%		

Fuente: guía de observaciones

### Cuadro N° 6

Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento no farmacológico (postest).

Tratamiento no farmacológico	SI		NO		Total	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Descanso y relajación	20	48	22	52	42	100%
Alimentación	25	60	17	40	42	100%
Apoyo familiar	19	45	23	55	42	100%
Actividades recreativas	28	67	14	33	42	100%
Masajes	19	45	23	55	42	100%
Movilizaciones	25	60	17	40	42	100%
Estimulación cutánea	20	48	22	52	42	100%
<b>Promedio</b>		50%		50%		

Fuente: guía de observaciones

**Comparación entre los dos momentos antes y después de la aplicación del taller:**

Al aplicar la prueba de Wilcoxon, a la cantidad de respuestas y observaciones correctas, antes y después del taller, así como a las incorrectas, considerando solo los ítems relacionados a esta dimensión, resultó lo siguiente:

**Dimensión 1. Control de síntomas**

**Estadísticos de contraste<sup>c</sup>**

	Cantidad de observaciones correctas después del taller - Cantidad de observaciones correctas antes del taller	Cantidad de observaciones incorrectas después del taller - Cantidad de observaciones incorrectas antes del taller	Cantidad de respuestas correctas en el postest - Cantidad de respuestas correctas en el pretest	Cantidad de respuestas incorrectas en el postest - Cantidad de respuestas incorrectas en el pretest
Z	-2,023 <sup>a</sup>	-2,023 <sup>b</sup>	-2,032 <sup>a</sup>	-2,032 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	,043	,043	,042	,042

a. Basado en los rangos negativos.

b. Basado en los rangos positivos.

c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

**Estadísticos de contraste<sup>c</sup>**

	Cantidad de observaciones correctas después del taller - Cantidad de observaciones correctas antes del taller	Cantidad de observaciones incorrectas después del taller - Cantidad de observaciones incorrectas antes del taller	Cantidad de respuestas correctas en el posttest - Cantidad de respuestas correctas en el pretest	Cantidad de respuestas incorrectas en el posttest - Cantidad de respuestas incorrectas en el pretest
Z	-2,023 <sup>a</sup>	-2,023 <sup>b</sup>	-2,032 <sup>a</sup>	-2,032 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	,043	,043	,042	,042

a. Basado en los rangos negativos.

b. Basado en los rangos positivos.

c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

## Dimensión 2. Tratamiento farmacológico

### Estadísticos de contraste<sup>c</sup>

	Cantidad de observaciones correctas después del taller - Cantidad de observaciones correctas antes del taller	Cantidad de observaciones incorrectas después del taller - Cantidad de observaciones incorrectas antes del taller	Cantidad de respuestas correctas en el posttest - Cantidad de respuestas correctas en el pretest	Cantidad de respuestas incorrectas en el posttest - Cantidad de respuestas incorrectas en el pretest
Z	-1,826 <sup>a</sup>	-1,826 <sup>b</sup>	-1,841 <sup>a</sup>	-1,841 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	,068	,068	,066	,066

a. Basado en los rangos negativos.

b. Basado en los rangos positivos.

c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

**Dimensión 3. Tratamiento no farmacológico**

**Estadísticos de contraste<sup>c</sup>**

	Cantidad de observaciones correctas después del taller - Cantidad de observaciones correctas antes del taller	Cantidad de observaciones incorrectas después del taller - Cantidad de observaciones incorrectas antes del taller	Cantidad de respuestas correctas en el postest - Cantidad de respuestas correctas en el pretest	Cantidad de respuestas incorrectas en el postest - Cantidad de respuestas incorrectas en el pretest
Z	-2,375 <sup>a</sup>	-2,375 <sup>b</sup>	-2,375 <sup>a</sup>	-2,375 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	,018	,018	,018	,018

a. Basado en los rangos negativos.

b. Basado en los rangos positivos.

c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

## Todas las dimensiones

Al aplicar la prueba de Wilcoxon, a la cantidad de respuestas y observaciones correctas, antes y después del taller, así como a las incorrectas de todo el instrumento resultó lo siguiente:

### Estadísticos de contraste<sup>c</sup>

	Cantidad de observaciones correctas después del taller - Cantidad de observaciones correctas antes del taller	Cantidad de observaciones incorrectas después del taller - Cantidad de observaciones incorrectas antes del taller	Cantidad de respuestas correctas en el postest - Cantidad de respuestas correctas en el pretest	Cantidad de respuestas incorrectas en el postest - Cantidad de respuestas incorrectas en el pretest
Z	-3,520 <sup>a</sup>	-3,520 <sup>b</sup>	-3,522 <sup>a</sup>	-3,522 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000	,000

a. Basado en los rangos negativos.

b. Basado en los rangos positivos.

c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon



## DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación 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.

El instrumento aplicado al profesional de enfermería fue agrupado en dos partes: la primera habla sobre los datos demográficos y una segunda parte sobre los conocimientos que posee el profesional de enfermería en cuidado paliativo y sus dimensiones control de síntomas, tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico.

Referente a la distribución porcentual de los elementos muestrales participantes en el estudio según el nivel académico y cursos realizados, se evidencia que los profesionales, están acreditados académicamente para proporcionar cuidados paliativos al enfermo oncológico y donde mas del 81% tienen años de servicios requerimiento indispensable para una comprensión intelectual, lo que es esencial para el bienestar de la persona que recibe el cuidado. Referente a la distribución porcentual de los elementos muestrales participantes en el estudio según tiempo de servicio, como lo indica el resultado, la experiencia laboral representa un elemento importante como habito que se ha adquirido a través de conocer e interrelacionarse con el paciente oncológico, lo que contribuye y faculta al profesional de enfermería para proporcionar cuidados como consecuencia de los conocimientos, destreza y habilidades adquiridas en la práctica diaria.

Referente a la distribución porcentual de los elementos muestrales participantes en el estudio según cursos realizados se evidencia que el 50% de los profesionales han recibido cursos sobre cuidados paliativo y enfermería oncológica, lo cual contribuye para la prestación de un cuidado optimo y de calidad basado en el conocimiento que proporciona los cursos realizados en pro del bienestar del paciente que recibe el cuidado.

Así mismo, en cuanto a la dimensión control de síntomas a través de los cuidados paliativos, al considerar lo planteado en el primer objetivo de la investigación se logró identificar el conocimiento teórico que poseen los profesionales en enfermería obteniéndose que un 29% de los profesionales conoce los cuidados y un 71% no los conoce, mientras que en el posttest se obtuvo un 49% conoce los cuidados y un 51% no los conoce. En la dimensión tratamiento farmacológico, en el pre test se obtuvo que un 67% de los profesionales no conoce el tratamiento farmacológico mientras que el 33% si lo conoce, mientras que en el posttest se obtuvo que un 51% no conoce el tratamiento farmacológico y 49% si lo conoce; en la dimensión tratamiento no farmacológico el pre test realizado obtuvo que un 66% de los profesionales no conoce el tratamiento no farmacológico mientras que un 34% si lo conoce. En el posttest se obtuvo que un 48% no conoce el tratamiento no farmacológico mientras que un 52% si lo conoce.

Lo que indica que la mayoría de los profesionales de enfermería no poseen el conocimiento teórico y práctico necesario en cuanto al control de síntomas, tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico utilizado para el alivio del dolor y otros síntomas del paciente oncológico sin embargo, posterior a la aplicación del taller de capacitación se obtuvo un aumento significativo en el porcentaje de profesionales que poseen el conocimiento sobre los cuidados paliativos aplicados a los pacientes oncológicos con la finalidad de proporcionarles calidad de vida.

Durante las comparaciones por dimensiones se evidencio los resultados anteriores, dado que el valor de  $p < 0.05$  en todos los casos, se puede afirmar que, tanto en las respuestas dadas en el pretest y posttest, como en las observaciones realizadas en el grupo de enfermeras antes y después del taller, hubo cambios significativos en la Dimensión de Control de síntomas, apuntando al aumento en la cantidad de respuestas y observaciones correctas, por lo que el grupo de enfermeras mejoró en esta dimensión.

En la Dimensión de Tratamiento Farmacológico, dado que el valor de  $p > 0.05$  en todos los casos, se puede afirmar que, tanto en las respuesta dadas en el pretest y postest, como en las observaciones realizadas en el grupo de enfermeras antes y después del taller, no hubo cambios significativos por lo que el grupo de enfermeras no mostró mejorías en esta dimensión.

Mientras que en la Dimensión Tratamiento no farmacológico, dado que el valor de  $p < 0.05$  en todos los casos, se puede afirmar que, tanto en las respuesta dadas en el pretest y postest, como en las observaciones realizadas en el grupo de enfermeras antes y después del taller, hubo cambios significativos, apuntando al aumento en la cantidad de respuestas y observaciones correctas, por lo que el grupo de enfermeras mejoró en esta dimensión.

Lo que indica que la capacitación es viable como proceso continuo de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan el desempeño adecuado en los cuidados paliativos proporcionados a los pacientes oncológicos de manera continua para el alivio de los síntomas que puedan presentarse en el transcurso de su enfermedad.

En consecuencia los resultados de la presente investigación coinciden con una investigación realizada en la India por David A, Banerjee S, <sup>(9)</sup> en la cual realizaron un pre test y un post test sobre los cuidados al paciente de cuidados paliativos, en el cual se evidencia que en la medida que se proporcione información y educación continua a los profesionales de enfermería, el cuidado es mas fundamentado sobre la base del conocimiento, por lo que las autoras del presente trabajo consideran que de acuerdo al resultado de la presente investigación debe mantenerse periódicamente la capacitación en los profesionales de enfermería.

Así mismo las estrategias de capacitación dirigidas al profesional de enfermería en áreas específicas del cuidado para obtener los conocimientos indispensables en cuidados paliativos, permitirá comprender las necesidades de los pacientes y

proporcionar los cuidados adecuados y adaptados a la necesidad de cada paciente oncológico que lo requiera.

Dos estudios realizados en la ciudad de Caracas y uno en India fueron revisados e incluidos en este trabajo, los cuales se relacionan con esta investigación ya que hubo homogeneidad en cuanto a las intervenciones evaluadas, las poblaciones estudiadas y las medidas de resultado evaluadas. Un estudio mostró que al proporcionar 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<sup>(2)</sup>, en este estudio al igual que la presente investigación los resultados expuestos permiten inferir que el cuidado debe proporcionarse con conocimientos científicos sobre cuidados paliativos, con compromiso, responsabilidad y apoyo emocional para ofrecerle un cuidado al paciente oncológico óptimo y de calidad, con la finalidad de brindarle calidad de vida en el transcurso de su enfermedad.

Estudio citado en la presente investigación mostró que las acciones que precisa el enfermo oncológico en fase terminal para un buen morir no se cumplen, pues los profesionales encargados de proporcionar los cuidados no poseen los conocimientos, razón por la cual recomendaron la capacitación para que obtengan el conocimiento y una mejor disposición para proporcionar el cuidado<sup>(8)</sup>, de lo que se desprende que los cuidados de enfermería a pacientes que requieren cuidados paliativos es una debilidad en algunas instituciones pues al conocer los resultados de la presente investigación se evidencia que en el instituto objeto de estudio existe insuficiencia en la fundamentación de los cuidados a estos pacientes demostrado en estudios de investigación.

En tal sentido debe emplearse estrategias para fortalecimiento de los requerimientos en el perfil del profesional de enfermería en la aplicación de cuidados en distintas instituciones de salud, al mismo tiempo la presente revisión destaca la necesidad de investigaciones más rigurosas sobre las intervenciones para mejorar los cuidados

paliativos en pacientes oncológicos, así mismo desarrollar y evaluar la importancia clínica de los cuidados al final de la vida.

## **Conclusiones**

De acuerdo con los objetivos señalados para el estudio y el análisis de los resultados obtenidos en la investigación se formulan las siguientes conclusiones:

Se identificó el conocimiento teórico práctico que poseen los profesionales en enfermería sobre los cuidados paliativos previo a la aplicación del taller en cuanto a las dimensiones control de síntomas, tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico, en los cuales se evidenció que los profesionales de enfermería no conocen como se realiza mientras que un porcentaje menor si lo conoce.

Se diseñó el taller sobre cuidados paliativos dirigido a los profesionales en enfermería sobre el control de síntomas, tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico; posterior a la aplicación del taller de capacitación se evidenció significativos cambios en el conocimiento de los profesionales de enfermería, Al aplicar la prueba de Wilcoxon, a la cantidad de respuestas y observaciones correctas, antes y después del taller, así como a las incorrectas, considerando solo los ítems relacionados a esta dimensión, resultó lo siguiente: de todas las comparaciones realizadas, se puede concluir, con un nivel de significación del 5%, que el grupo de enfermeras adquirió el conocimiento deseado, a través de la aplicación del taller, en torno a las dimensiones evaluadas que se relacionan con los cuidados paliativos al paciente oncológico. De todas las dimensiones, la que no se evidenciaron cambios significativos fue la de Tratamientos Farmacológicos, por lo que se recomienda revisar las actividades que se realizaron en el taller relacionadas con esta dimensión.

sin embargo, podría lograrse un cambio sustancial si se continúa con formación y educación para fortalecer las bases conceptuales y llevarlas a la practica con los cuidados a los pacientes que así lo requieran; así mismo se evidencia que la capacitación es viable como proceso continuo de enseñanza-aprendizaje para el

desarrollo de habilidades y destrezas que permitan el desempeño atinado del profesional de enfermería quienes cumplen un rol importante, debido a que dentro de los profesionales que integran el equipo de salud es enfermería quien permanece más tiempo con el paciente, deben evaluar continuamente el dolor y otros síntomas del paciente oncológico que ingresa a los cuidados paliativos. Realizándose programas educativos y de formación profesional para su adecuado entrenamiento, destinado a entender el dolor, su respuesta, el manejo cabal de los medicamentos empleados para el tratamiento del dolor oncológico deben formar parte del manejo global de los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del sufrimiento que experimenta el paciente con cáncer.

### **Recomendaciones**

- ✓ Dar a conocer los resultados tanto al departamento de enfermería como al departamento de docencia y plantear las recomendaciones para lograr apoyo gerencial en la aplicación de nuevos talleres.
- ✓ Realizar una alianza con profesionales de salud en la unidad clínica de cuidados paliativos para brindar entrenamiento y asesoría al profesional de enfermería para procurar la atención sobre la base del conocimiento a todos los pacientes oncológicos, independientemente de su diagnóstico o pronóstico.
- ✓ Fomentar la realización de talleres sobre cuidados paliativos dirigidos al profesional de enfermería para lograr unificar conocimientos.
- ✓ Impulsar a la realización de cursos o talleres de farmacología y administración de medicamentos, ya que de todas las dimensiones en este no se evidencio cambios significativos.
- ✓ Integrar mayor número de profesionales de enfermería al equipo multidisciplinario de salud en cuidados paliativos, lo cual le permitirá mantener una relación más directa, conocer y entender los procesos por los cuales transita el paciente oncológico que requiere de tales cuidados.

- ✓ Promover futuros trabajos de investigación sobre cuidados paliativos en pacientes oncológicos, con un enfoque más allá de la enfermedad misma y la ruta de intervenciones que influyen necesariamente sobre la calidad de vida del paciente.
- ✓ Motivar al profesional de enfermería para que su preparación académica continua sea la prioridad dentro de su cultura como profesional la cual le permite proporcionar cuidado con conocimiento teórico y práctico.

## REFERENCIAS

(1) López, E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid- España: Editorial Médica Panamericana; 2003. P.32-50

(2) 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]. Escuela de enfermería. Facultad de Medicina U.C.V. Caracas, 2010.

(3) Feíto, L. Ética Profesional de la Enfermería. Madrid- España: Editorial y Distribuidora S.A; 2000. P.84-85

(4) Callista Roy. Teoría y Método en Enfermería II. [Sitio en internet]. Disponible en: [http://www.aniorte-nic.net/progr\\_asignat\\_teor\\_metod5.htm](http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm) consultado: 29 de octubre de 2011.

(5) Lorraine, S. Agonia, Muerte y Duelo. Mexico- Distrito Federal: Editorial el Manual Moderno; 1992.P.224

(6) Organización Mundial de la salud. Cáncer. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> consultado: 18 de Noviembre de 2011.

(7) Sociedad Anticancerosa Venezolana. Qué es el cáncer. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.sociedadanticancerosa.org/.../217-cancer.html> consultado: 25 de Noviembre de 2011.

(8) Estrada, B. Cuidados Paliativos Proporcionados al enfermo oncológico en fase terminal de las unidades clínicas de medicina I, II, III del hospital universitario de Caracas. [Trabajo Especial de Grado]. Escuela de enfermería. Facultad de Medicina U.C.V. Caracas, 2005.



(9) David A, Banerjee S. Effectiveness of "Palliative Care Information Booklet" in Enhancing Nurses' Knowledge. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11427139> consultado: 25 de Noviembre de 2011.

(10) González M, Ordoñez A, Feliu J, Zamora P, Espinoza E, De Castro J. Oncología clínica. 2da ed. España: Editorial Mc Graw Hill; 1998. P 659-662. (Vol 2).

(11) Vargas G, Esposito S. Dolor y Cuidados Paliativos en Oncología. Caracas – Venezuela: Editorial; Expansión Científica G&S C.A; 1999. P.1.

(12) International Association for the Study of Pain. Definición del dolor. En: De vita V, Hellman S, Rosenberg S. Cancer. Principios y práctica de oncología. 5ta ed. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana; 1999. P2809.

(13) De vita V, Hellman S, Rosenberg S. Cancer principios y practica de oncología. 5ta ed. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana; 1999. P 2807-2838. (Vol 1).

(14) Melzack, R: Wall, P.D. Le défi de la douleur. París: Editorial Maloine; 1982. P277-299.

(15) Cherny N, Portenoy R. Cuestiones Práctica en el Manejo del dolor oncológico. En: Wall P.D. y Melzack R. Libros de Texto de dolor. 4ta ed. Edinburgn Londres: Editorial Churchill Livingstone; 1999. P1479-1522.

(16) Sulton Carolina. Capacitación del personal. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.monografias.com> >... > Recursos Humanos. Consultado: 13 de Enero de 2012.

(17) Armstrong, M. Gerencia de recursos humanos. Colombia-Bogota: Editorial Fondo; 2003. P56.

(18) Hurtado Jaqueline. El proyecto de investigación. 6ta ed. Colombia-Bogota: Editorial Quiron Sypal; 2010. P117-165.

(19) Una ontología básica para una asignatura teórico-práctica. Dominio teórico.[Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.sensei.lsi.uned.es/~miguel/tesis/node25.html> consultado: el 28 de Noviembre de 2012.

(20) Definición de dominio . Qué es, Significado y Concepto. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.definicion.de/dominio/>. Consultado el 28 de noviembre de 2012.

(21) Definición de conocimiento. Qué es, Significado y Concepto. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.definicion.de/conocimiento/>. Consultado el 28 de noviembre de 2012.

(22) Pérez, C. Técnicas estadísticas con spss. Madrid; 2004.Editorial pesaron educación Pag:275-276.

## ANEXOS

### Operacionalización Variables:

**Variable:** Conocimientos sobre cuidados paliativos

**Definición conceptual:** Es el conocimiento obtenido a través de la información mediante la experiencia y el aprendizaje que le permitan al personal de enfermería enfrentar y resolver o en su defecto contribuir a la solución de los problemas relacionados con atención integral a la salud del paciente oncológico.

"La capacitación está orientada a satisfacer las necesidades que las organizaciones tienen de incorporar conocimientos, habilidades y actitudes en sus miembros, como parte de su natural proceso de cambio, crecimiento y adaptación a nuevas circunstancias internas y externas. Compone uno de los campos mas dinámicos de lo que en términos generales se ha llamado, educación no formal " (19-20-21).

**Definición Operacional:** Es la información que debe poseer el profesional de enfermería sobre cuidados paliativos, tanto teóricos como prácticos destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida a través del control de síntomas, terapia farmacológica y no farmacológica para minimizar al máximo todos los problemas de salud del paciente oncológico.

Dimensión	Indicadores
Control de síntomas Se refiere a los cuidados que brinda el profesional de enfermería para mejorar las condiciones de vida durante la evolución de su enfermedad y evitar complicaciones.	- Identificación problemas y necesidad - Identifica causa y localización - Valora intensidad del síntoma - Utilización de escalera analgésica - Alivio del síntoma

<p>Tratamiento Farmacológico</p> <p>Son medicamentos utilizados para el manejo y alivio del dolor y otros síntomas con la finalidad de mejorar la calidad de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Broncodilatadores: Antagonistas B, adrenérgicos: Berodual Metilxantinas: Aminofilina</li> <li>- Antiinflamatorios bronquiales: Corticosteroides: Dexametasona, hidrocortisona.</li> <li>- Oxigenoterapia: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Bajo flujo: Cánula nasal, Mascaras simples</li> <li>Mascaras con reservorios</li> <li>* Alto flujo: Mascara venturi</li> </ul> </li> <li>- No opiáceos: 1er Escalón <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol, AINES</li> </ul> </li> <li>- Opiáceos débiles: 2do Escalón <ul style="list-style-type: none"> <li>• Codeína, Tramadol</li> </ul> </li> <li>- Opiáceos fuertes: 3er Escalón <ul style="list-style-type: none"> <li>• Morfina, Oxidona</li> </ul> </li> </ul>
<p>Tratamiento no Farmacológico</p> <p>Implican una concepción amplia de la terapéutica y van dirigida a promover la autonomía del paciente en su entorno, utilizando recursos que favorezcan su bienestar físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descanso y Relajación</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Apoyo familiar</li> <li>• Actividades recreativas</li> <li>• Masajes</li> <li>• Movilizaciones</li> <li>• Estimulación cutánea (Frio, Calor)</li> </ul>

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio de la presente manifiesto que he sido invitada(o), a participar en el estudio de investigación CUIDADOS PALIATIVOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLOGICO, que va a ser realizado por la Licenciada Espinoza Salazar Luisa, y Robles Hurtado Yamileth, cuyo objetivo es: Evaluar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en materia de cuidados paliativos al paciente oncológico pre y post aplicación de un taller de capacitación en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, en el primer semestre año 2013. La información obtenida a través de este estudio se utilizará solo para el desarrollo de la mencionada investigación, será mantenida bajo estricta confidencialidad por lo que mi nombre no podrá ser utilizado ni publicado. Las investigadoras me han comunicado que tengo derecho a retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibo ningún beneficio o compensación económica por participar.

Nombre y Apellido del Participante: \_\_\_\_\_

Cedula \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firma de las Investigadoras: \_\_\_\_\_

## **Instrumento de recolección de datos**

### **I Parte**

#### **Datos socio-demográfico**

Marque con una equis (x) la respuesta seleccionada

a) Nivel académico

- Licenciado (a) en enfermería ( )
- Técnico superior universitario en enfermería ( )

b) Años de servicio

- 1 a 5 años ( )
- 6 a 10 años ( )
- 11 años y mas ( )

c) Ha recibido cursos especializados de enfermería oncológica durante

- Menos de 1 a 2 mes ( )
- Menos de 2 a 4 meses ( )
- Nunca ( )

d) Ha recibido cursos especializados en cuidados paliativos durante

- Menos de 1 mes ( )
- Menos de 2 meses ( )
- Nunca ( )

## II Parte

1. Cuando usted brinda cuidados a un paciente que presenta síntomas de dolor, disnea y estreñimiento cual es el orden de prioridad que utiliza para el alivio:
  - a) Estreñimiento, Dolor y Disnea
  - b) Dolor, Disnea y Estreñimiento
  - c) Disnea, Dolor y Estreñimiento
2. Los lineamientos que usted utiliza para identificar problemas y necesidades en un paciente son:
  - a) Historia clínica, Entrevista y Valoración física
  - b) Valoración física, Palpación y Observación
  - c) Palpación, Historia clínica y Auscultación
3. El dolor manifestado por ardor, corriente y quemadura usted lo identifica como:
  - a) Somático
  - b) Visceral
  - c) Neuropático
4. Cuando el paciente presenta tiraje intercostal, cianosis, aleteo nasal usted verifica que presenta:
  - a) Astenia
  - b) Caquexia
  - c) Disnea
5. Para valorar a un paciente con dificultad respiratoria usted utiliza:
  - a) Presuometro, Auscultación, Rx torax
  - b) Gases arteriales, Rx torax, evaluación médica.
  - c) Auscultación, Rx torax, Gases arteriales
6. Al valorar el dolor usted utiliza la escala de:
  - a) Norton
  - b) Karnofsky
  - c) Eva
7. Cuando un paciente presenta dolor usted lo alivia con:

- a) Antipiréticos, Opioides, Antieméticos
  - b) Antieméticos, Corticosteroides, Tramadol
  - c) Aines, Estimulación cutánea, Opioides
8. Usted utiliza la oxigenoterapia para:
- a) Tratar de prevenir la hipoxia
  - b) Previene el derrame pleural
  - c) Evita o controla la aparición de neumonía
9. Los antagonistas de los receptores adrenérgicos B-2 son medicamentos que se usan para el rápido alivio de:
- a) Problemas articulares
  - b) Problemas gastrointestinales
  - c) Problemas respiratorios
10. Los medicamentos que causan que los bronquios se dilaten provocando una disminución en la resistencia aérea y permitiendo así el flujo de aire es:
- a) Paracetamol, Berodual
  - b) Aminofilina, Aines
  - c) Berodual, Aminofilina
11. Los corticosteroides o corticoides son una variedad de hormonas producidas:
- a) Por Glándulas tiroideas
  - b) Por Glándulas mamarias
  - c) Por Glándulas suprarrenales
12. El uso de antiinflamatorio bronquial de acción prolongada es:
- a) Dexametasona
  - b) Hidrocortisona
  - c) Metilprednisolona
13. El sistema de administración de oxígeno puede ser:
- a) Alto flujo, poco flujo
  - b) Moderado flujo, poco flujo
  - c) Alto flujo, bajo flujo



14. La mascarilla de venturi corresponde a:
- a) Bajo flujo
  - b) Alto flujo
  - c) Moderado flujo
15. El paracetamol pertenece a los medicamentos:
- a) No opioides
  - b) Opioides débiles
  - c) Opioides fuertes
16. Los aines son un grupo de medicamentos utilizados en pacientes oncológicos para alivio de:
- a) Náuseas y vómitos
  - b) Diarrea
  - c) Dolor
17. La codeína es un fármaco que pertenece al grupo de:
- a) Opioides débiles
  - b) Opioides fuertes
  - c) No Opioides
18. El tramadol es contraindicado cuando el paciente tiene antecedentes de:
- a) Diarrea
  - b) Astenia
  - c) Convulsiones
19. La morfina es indicada cuando:
- a) Los fármacos del primer y segundo escalón no alivian el dolor
  - b) El dolor leve aumenta su intensidad
  - c) Cuando el dolor es agudo
20. La oxycodona es un fármaco que se administra por vía:
- a) Endovenosa
  - b) Oral
  - c) Subcutánea

21. Los mecanismos naturales para disminuir el umbral del dolor y la enfermedad es a través de :
- a) Estimulo físico Y Relajación
  - b) Relajación y descanso
  - c) Relajación y Estimulación nerviosa
22. La alimentación en el paciente oncológico adaptada a las necesidades debe contemplar
- a) Gustos, apetencias, presentación adecuada
  - b) Apetencias, cantidades grandes, espacios entre comidas
  - c) Gustos, apetencias, raciones grandes
23. El apoyo y la integración familiar proporcionan herramientas para controlar:
- a) Dolor y depresión
  - b) Angustia y ansiedad
  - c) A y b son correctas
24. Las actividades recreacionales que pueden ayudar al paciente para disminuir el umbral del dolor incluye:
- a) Visualización, musicoterapia, técnicas de relajación
  - b) Musicoterapia, técnicas de relajación, ejercicios
  - c) Ejercicios, musicoterapia, visualización
25. El masaje adecuado que debe realizarse a los pacientes oncológico es:
- a) Masaje terapéutico superficial
  - b) Masaje terapéutico moderado
  - c) Masaje terapéutico profundo con baja presión
26. Los ejercicios basados en principios de flexibilidad, fuerza y actividad general para el alivio del dolor en el paciente son
- a) Movilizaciones activas o pasivas
  - b) Estimulación nerviosa transcutanea
  - c) Masajes terapéuticos
27. Las medidas físicas comúnmente utilizadas para el alivio del dolor que producen vasodilatación son:

a) Aplicación de cremas mentoladas

b) Aplicación de frío

c) Aplicación de calor

28. Las medidas físicas comúnmente utilizadas para el alivio del dolor que producen vasoconstricción son:

a) Aplicación de calor

b) Aplicación de frío

c) Aplicación de cremas mentoladas

### Guía de Observación

		Primera observac		Segunda observac		Tercera Observa		
	<b>El profesional de enfermería:</b>	SI	NO	SI	NO	S	NO	Tota
						I		I
1	Utiliza el orden de prioridad considerado para el alivio de síntomas cuando el paciente presenta disnea, dolor y estreñimiento.							
2	Utiliza en orden cronológico para identificar problemas y necesidades los métodos: entrevista, valoración física e historia clínica							
3	Identifica el dolor manifestado por ardor, corriente y quemadura.							
4	Identifica cuando el paciente presenta disnea a través de sus manifestaciones clínicas como tiraje intercostal, cianosis y aleteo nasal.							
5	Para valorar el dolor utiliza la escala de							

	valoración visual (EVA) o numérica (EVN).							
6	Para valorar un paciente con dificultad respiratoria utiliza cualquiera de los métodos como observación, auscultación, rayos X de tórax o gases arteriales.							
7	Administra analgésicos según la escalera analgésica.							
8	Para aliviar el dolor utiliza alguno de los métodos o tratamientos como estimulación cutánea, aines, opioides.							
9	Utiliza la oxigenoterapia para prevenir la hipoxia.							
10	Utiliza nebuloterapia para mejorar oxigenación.							
11	Utiliza los receptores adrenérgicos B-2 para el alivio de problemas respiratorios.							
12	Administra medicamentos que causan dilatación bronquial provocando disminución de la resistencia aérea como aminofilina y berodual.							
13	Administra corticoides producidos por las glándulas suprarrenales.							
14	Utiliza antiinflamatorios bronquiales de acción prolongada.							
15	Utiliza el sistema de administración de oxígeno según su flujo por necesidad							

	del paciente.							
16	Utiliza la mascarilla de venturi cuando le solicitan oxígeno de alto flujo.							
17	Cuando utiliza codeína lo registra como un opioide débil.							
18	Cuando utiliza tramadol lo registra como un opioide débil.							
19	Administra morfina cuando los fármacos de el primer y segundo escalón no alivian el dolor							
20	Administra la oxidona por vía oral haciendo seguimiento al horario que lleva el paciente							
21	Utiliza mecanismos naturales para la disminución del umbral del dolor tales como estímulo físico y relajación.							
22	Al alimentar el paciente verifica cantidad de comida que ingiere según sus necesidades.							
23	Apoya y facilita la integración familiar con la finalidad de proporcionar herramientas para controlar dolor, depresión, angustia y ansiedad.							
24	Utiliza actividades recreativas para disminuir el umbral del dolor tales como visualización, musicoterapia o técnicas de relajación.							
25	Realiza masajes terapéuticos profundos con baja presión al paciente oncológico							

	para el alivio del dolor.							
26	Realiza ejercicios de movilizaciones activas y pasivas para el alivio del dolor en pacientes oncológicos.							
27	Aplica calor para el alivio del dolor a través de la vasodilatación.							
28	Aplica frío para el alivio del dolor a través de la vasoconstricción							

**Taller de capacitación en cuidados paliativos dirigido a los profesionales de enfermería que laboran en el instituto oncológico “Dr. Luis Razetti”**

**Fundamentación**

El siguiente taller de capacitación sobre cuidados paliativos va dirigido a los profesionales de enfermería que laboran en el instituto oncológico “Dr. Luis Razetti”, para el taller las autoras sustentaron su elaboración de acuerdo a la necesidad identificada en el pre test con la finalidad de evaluar el conocimiento que poseían sobre los cuidados paliativos aplicados a pacientes oncológicos.

**Propósito del taller de capacitación en cuidados paliativos**

El taller de capacitación esta orientado a ofrecer a los profesionales de enfermería información sobre los cuidados paliativos aplicados a los pacientes oncológicos en diversas etapas de la enfermedad con la finalidad de obtener el conocimiento necesario para proporcionarles calidad de vida.

**Factibilidad del taller**

La presentación y realización del taller es posible pues se cuenta con los medios audiovisuales, la disponibilidad de los profesionales de enfermería y puede ser aplicado en las unidades clínicas donde laboran en los diferentes turnos. En consecuencia el presente taller es factible y por ende viable para su aplicación.

## **Objetivo general del taller de capacitación**

Modificar los conocimientos sobre los cuidados paliativos proporcionados a pacientes oncológicos.

## **Objetivos específicos del taller de capacitación**

- Proporcionar información al profesional de enfermería sobre los lineamientos para la valoración y control de síntomas del paciente oncológico.
- Orientar al profesional de enfermería sobre tratamiento farmacológico para el alivio de síntomas.
- Ofrecer información al profesional de enfermería sobre tratamiento no farmacológico para el alivio de síntomas.

## **Estrategias para el desarrollo del taller de capacitación sobre cuidados paliativos:**

### **Capacitación de los autores**

Revisión bibliográfica sobre los cuidados paliativos y capacitación en la unidad clínica de cuidados paliativos en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”.

### **Desarrollo del taller de capacitación sobre cuidados paliativos**

Para la aplicación del taller se desarrollo la información mediante diapositivas aplicadas en las unidades clínicas del Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti”, se hizo entrega de trípticos y se publico cartelera informativa sobre cuidados paliativos. El tiempo de duración del taller es de 40 horas semanales.

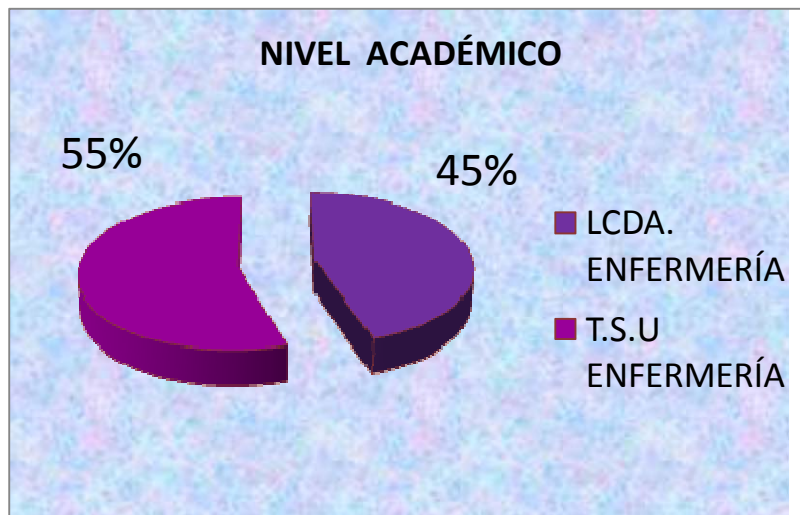
### **Aspectos teóricos a desarrollar**

Lineamientos para la identificación de problemas y necesidades, alivio de síntomas, dolor y sus tipos, escalas para la valoración del dolor, oxigenoterapia, broncodilatadores, medicamentos no opiáceos, medicamentos opiáceos débiles, medicamentos opiáceos fuertes, alimentación en el paciente oncológico, apoyo e

integración familiar, actividades recreacionales para el alivio del dolor, masajes terapéuticos, movilizaciones activas y pasivas, aplicación de frío y calor.

**Datos socio demográfico de los elementos muestrales participantes en el estudio:**

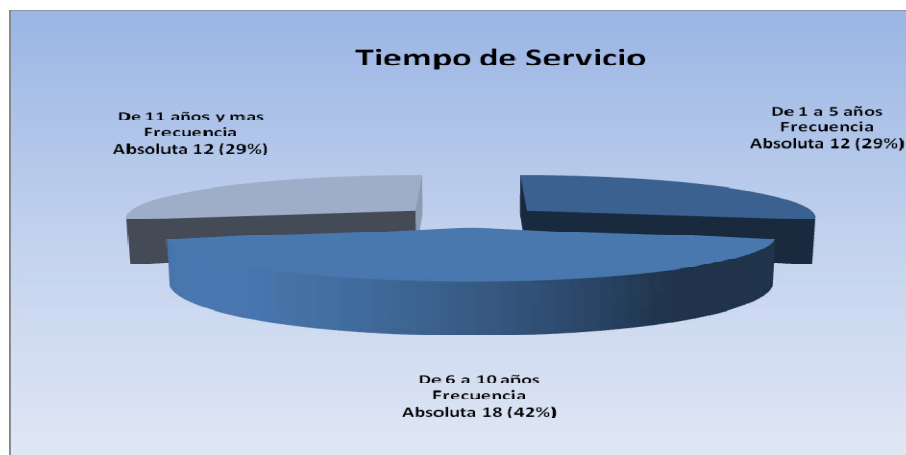
**Diagrama circular nº 1.** Nivel académico en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en el instituto oncológico "Dr. luís Razetti".



Fuente: Cuadro N°. 1

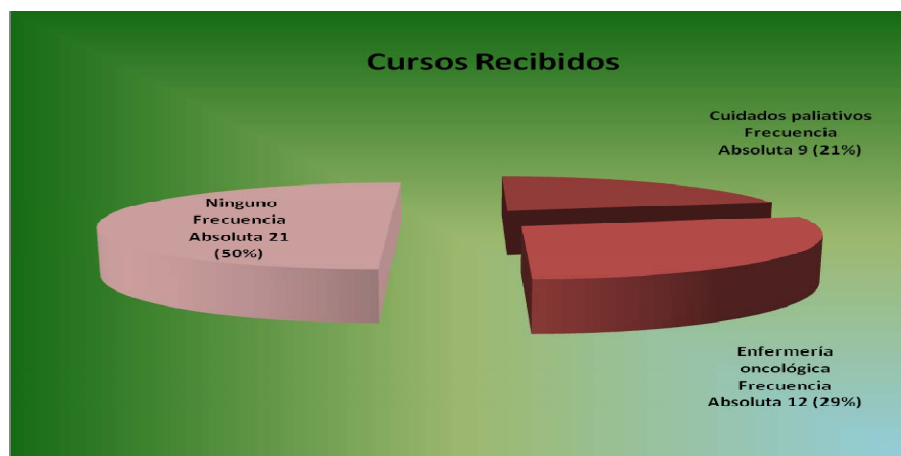


**Diagrama circular nº. 2.** Tiempo de servicio en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en el instituto oncológico “Dr. luís Razetti”.



Fuente: Cuadro Nº 2

**Diagrama circular nº 3.** Cursos recibidos en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en el instituto oncológico “Dr. luís Razetti”.

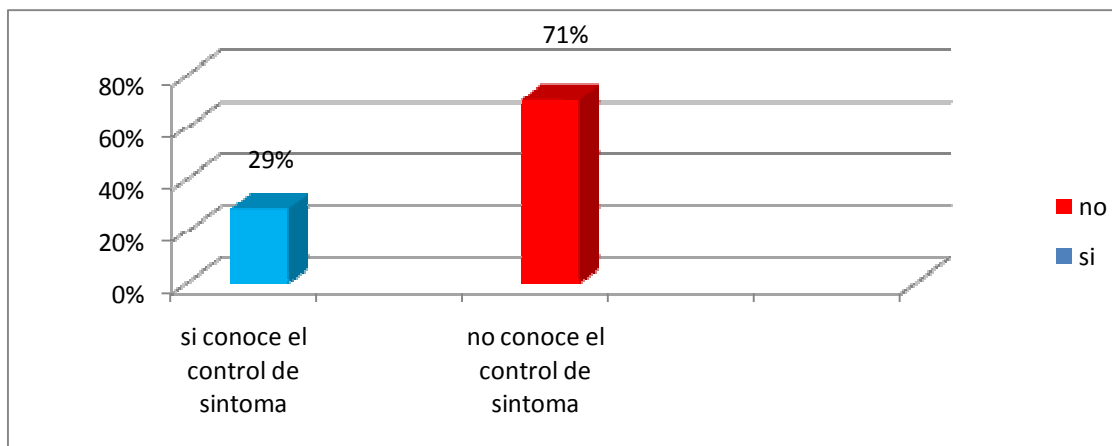


Fuente: Cuadro Nº 3

**Pretest realizado antes de capacitar a los profesionales de enfermería:**

**Grafico N° 1. Control de síntomas**

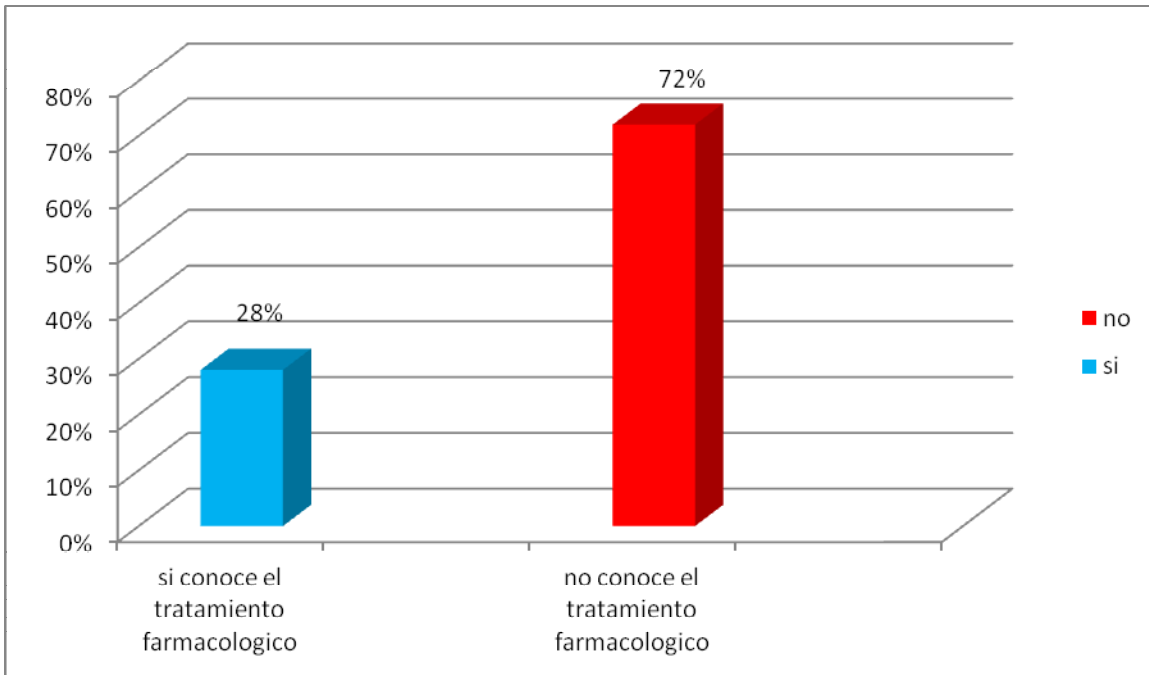
Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimiento teórico sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión control de síntomas.



Fuente: cuadro N° 4

**Gráfico N° 2. Tratamiento farmacológico**

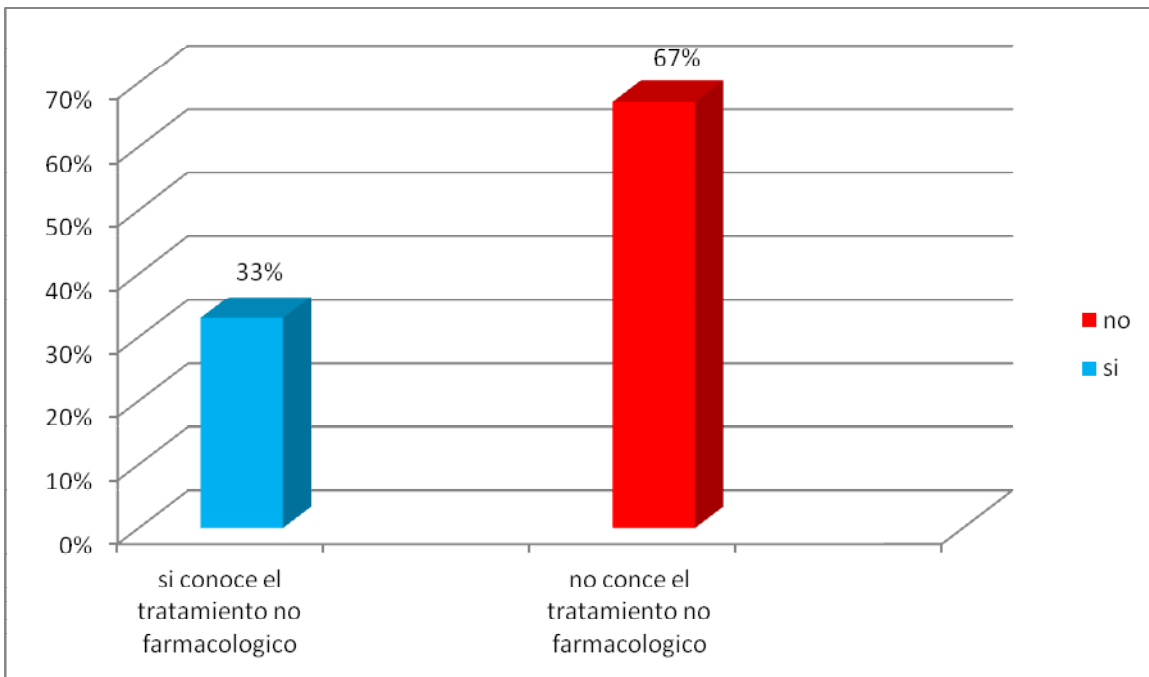
Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento farmacológico.



Fuente: cuadro N° 5

**Grafico N° 3.** Tratamiento no farmacológico

Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento no farmacológico.

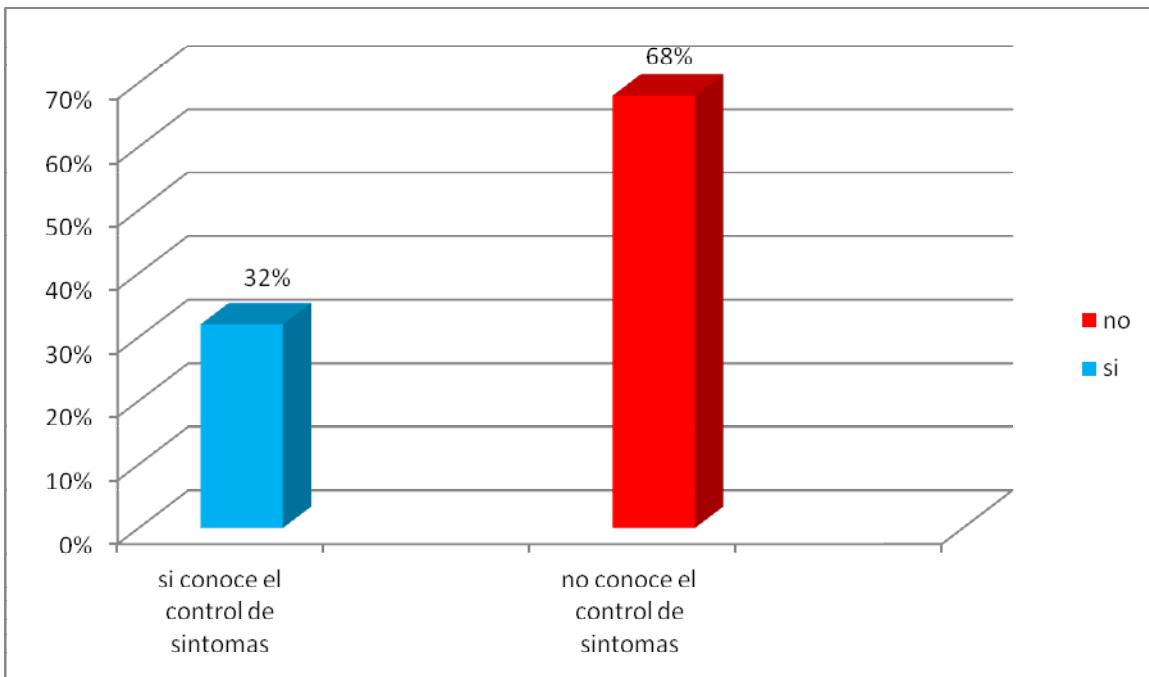


Fuente: cuadro N° 6

**Observaciones realizadas durante el pretest, antes de capacitar a los profesionales de enfermería:**

**Gráfico N° 1. Control de síntomas**

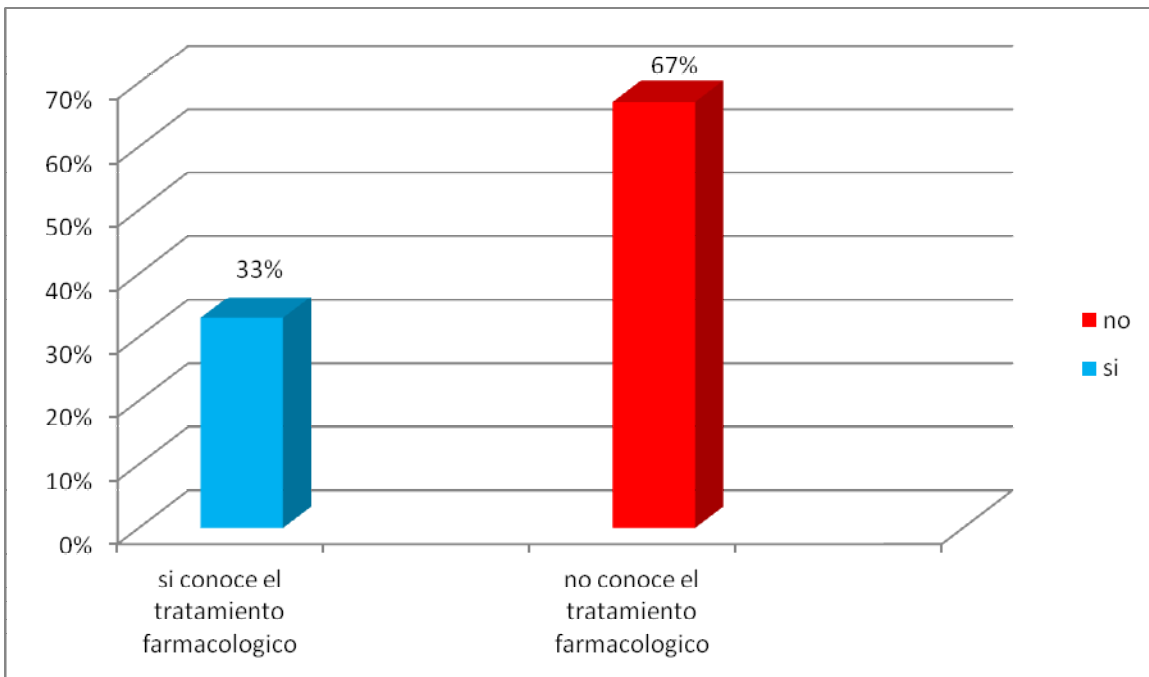
Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión control de síntomas.



Fuente: cuadro N° 7

**Grafico N° 2. Tratamiento farmacologico**

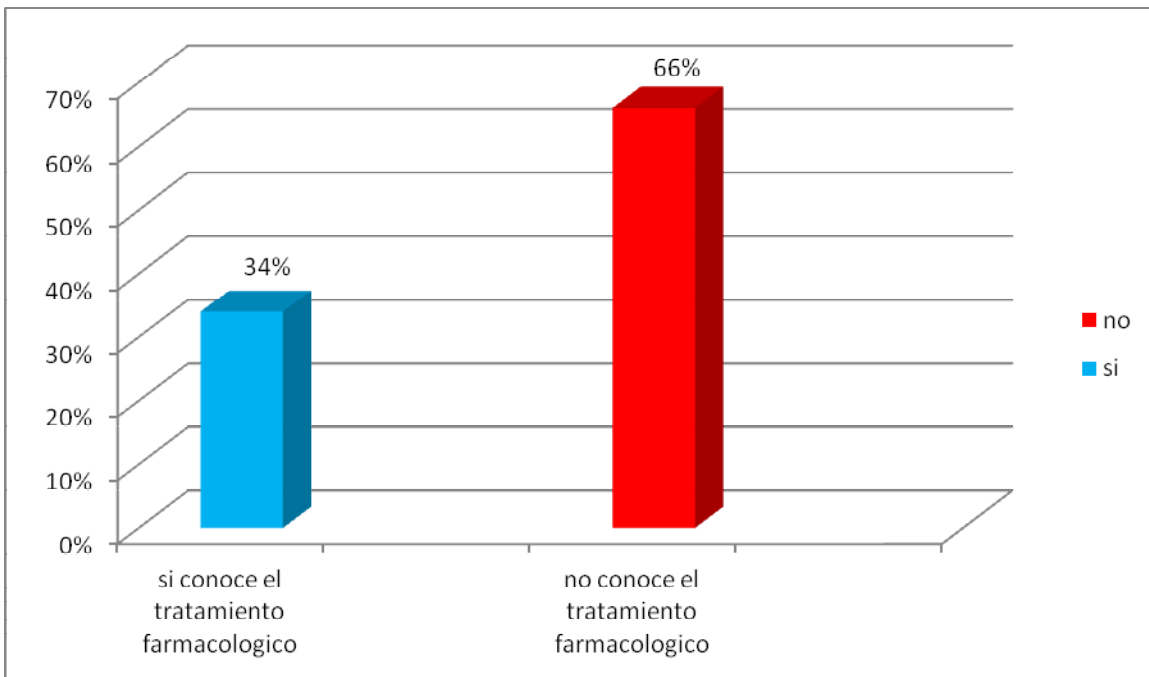
Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento farmacológico.



Fuente: cuadro N° 8

**Gráfico N°. 3 Tratamiento no farmacológico**

Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento no farmacológico.

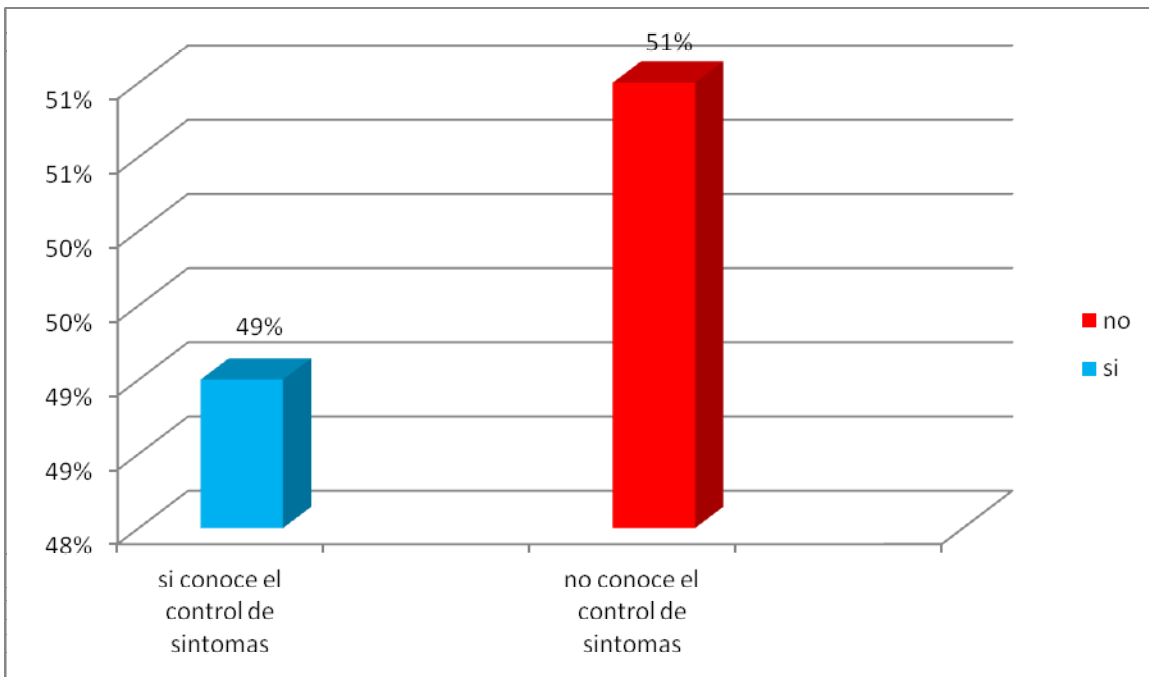


Fuente: cuadro N° 9

**Postest realizado después de capacitar a los profesionales de enfermería:**

**Grafico N° 1. Control de síntomas**

Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimiento teórico sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión control de síntomas.

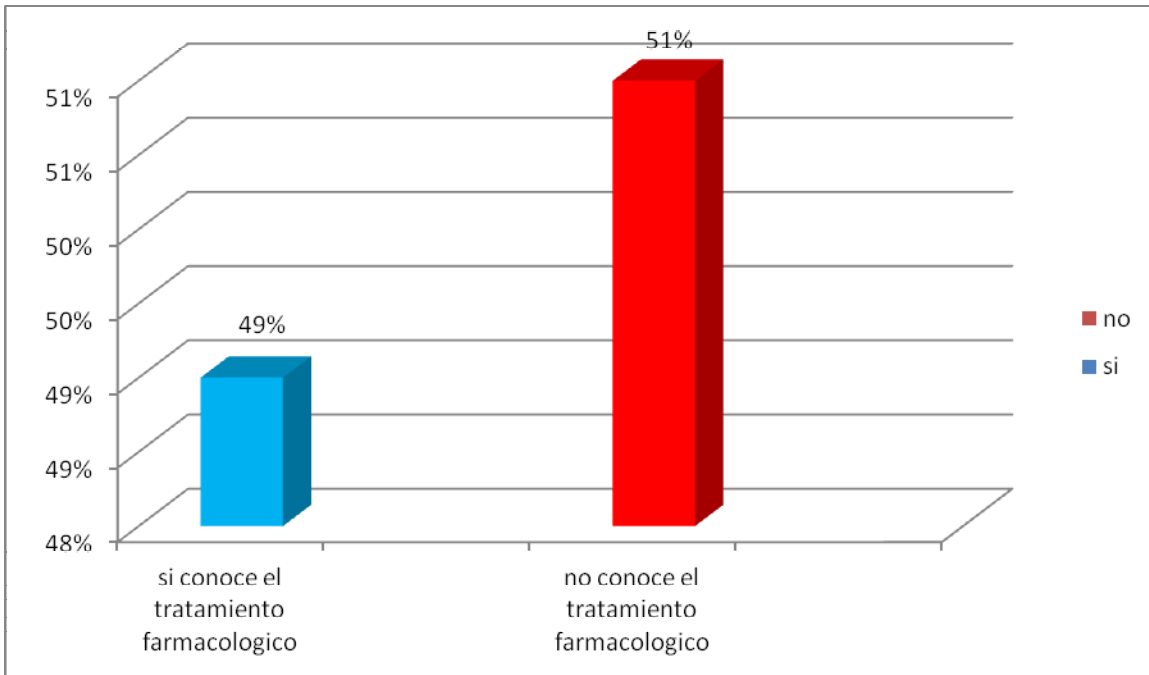


Fuente: cuadro N° 1 (Postest)

**Grafico N° 2.** Tratamiento farmacológico

Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento farmacológico.

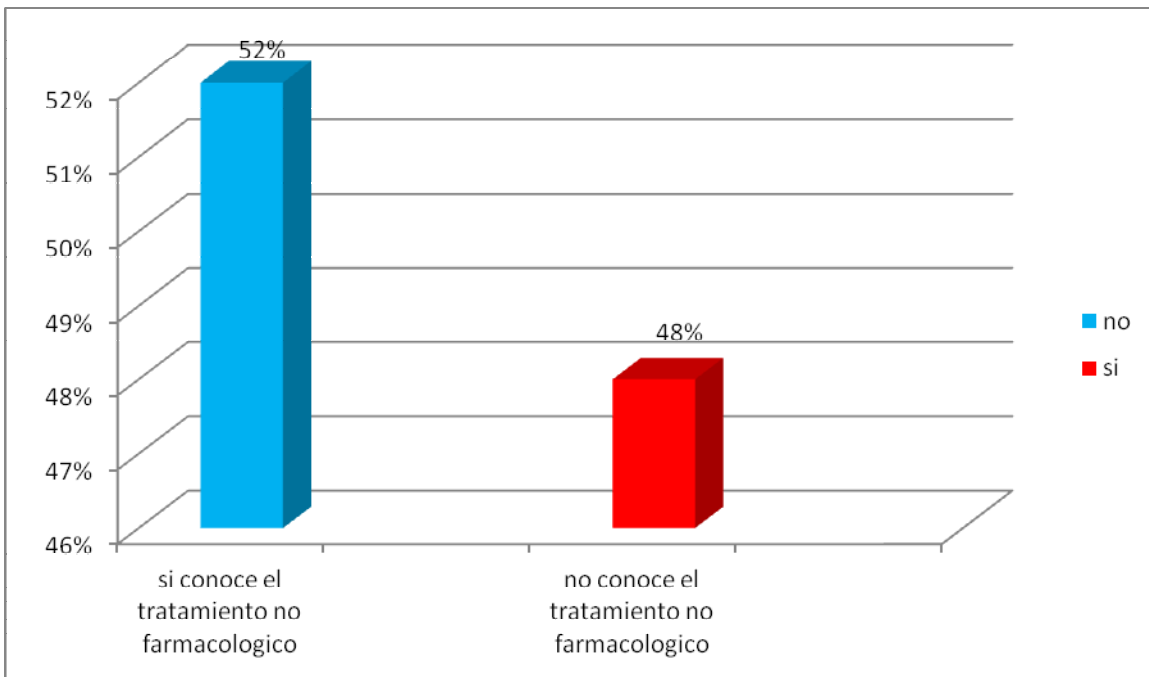




Fuente: cuadro N° 2 (Postest)

### Grafico N° 3. Tratamiento no farmacológico

Frecuencia absoluta y porcentual de las repuestas emitida por los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento no farmacológico.

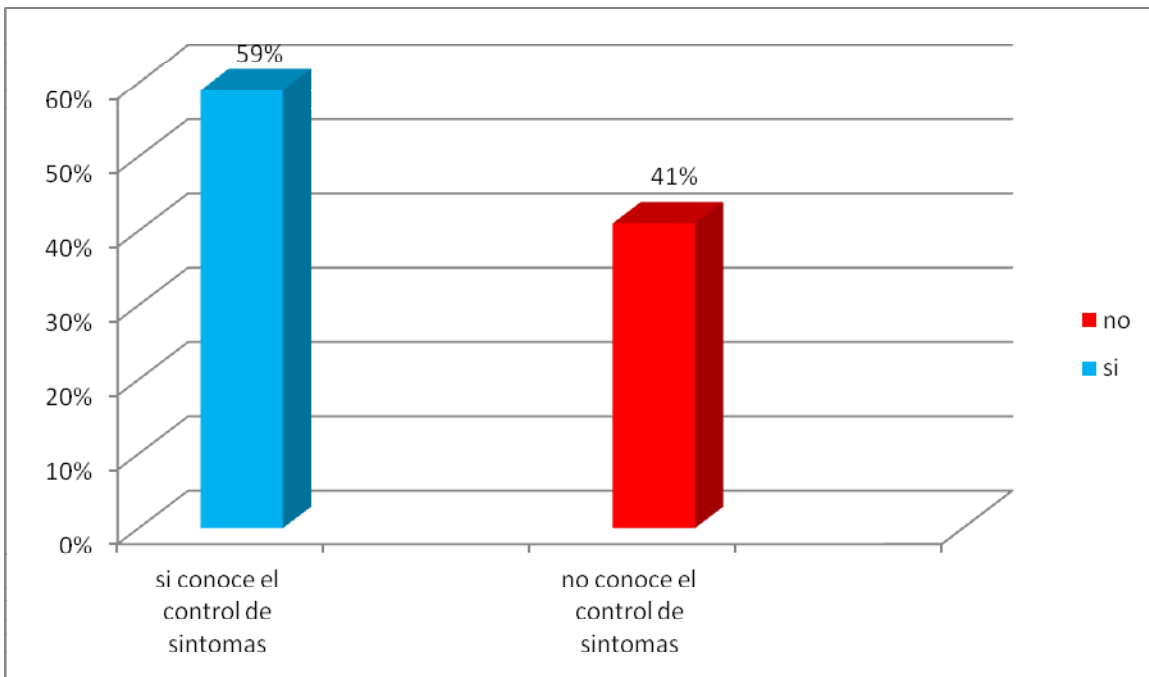


Fuente: cuadro N° 3(Postest)

**Observaciones realizadas durante el Postest después de capacitar a los profesionales de enfermería:**

**Grafico N° 4. Control de síntomas**

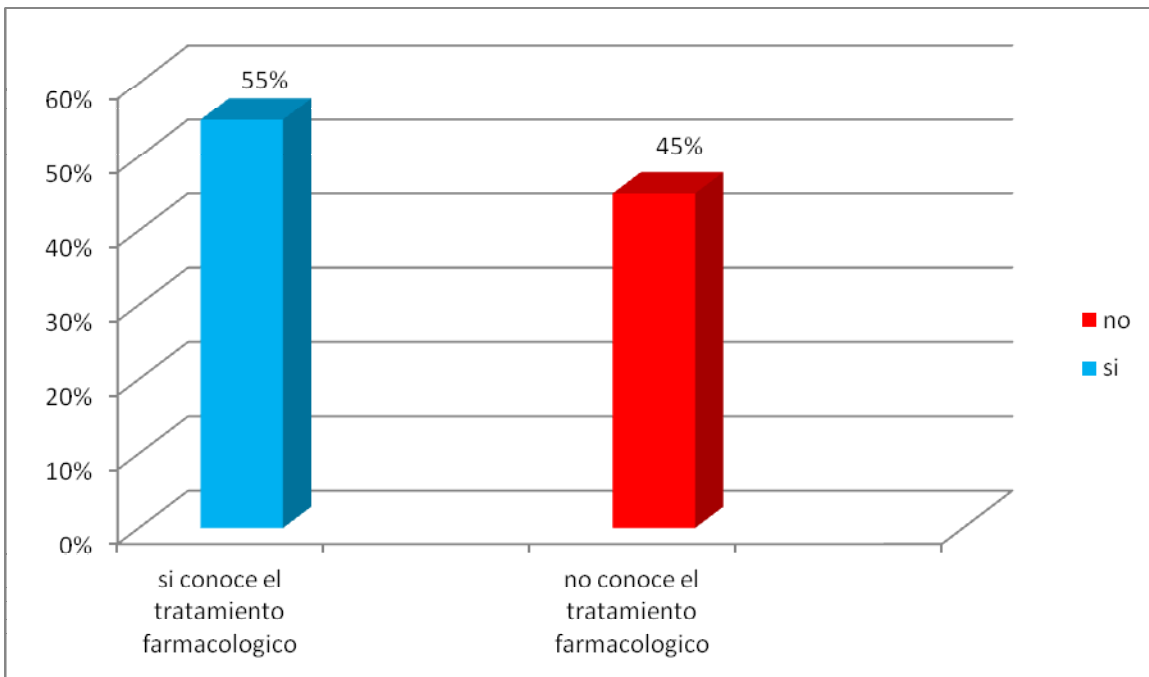
Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión control de síntomas.



Fuente: cuadro N° 4 (postest)

### Gráfico N°. 5 Tratamiento farmacológico

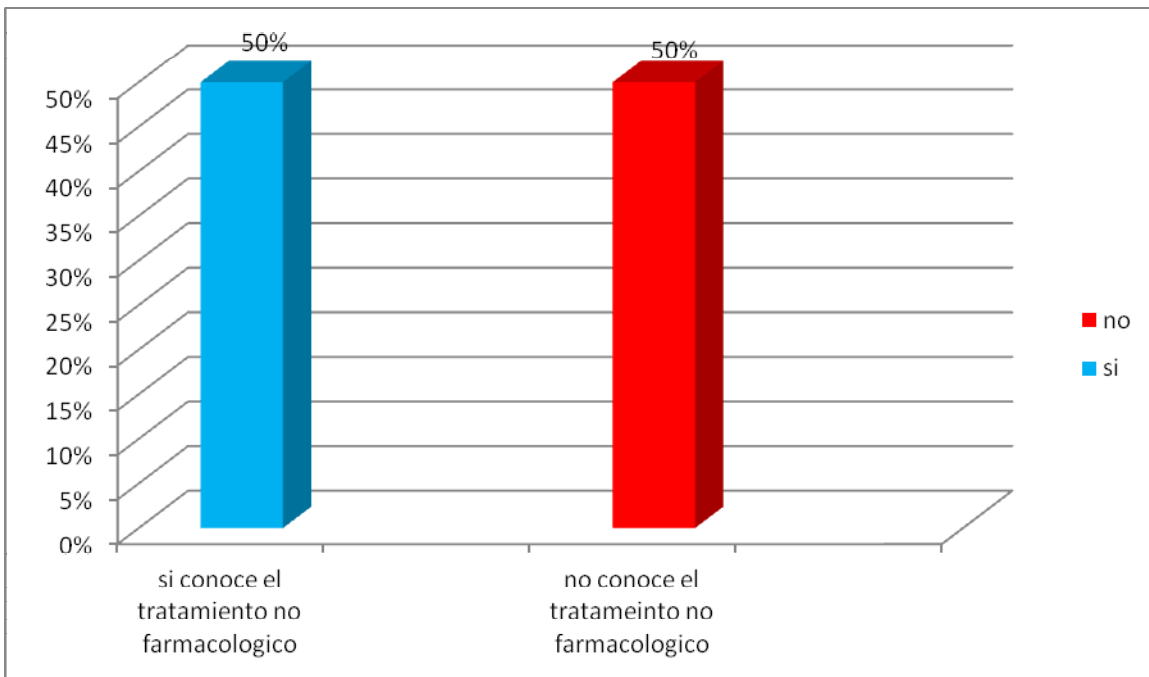
Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento farmacológico.



Fuente: cuadro N° 5 (postest)

**Gráfico N° 6. Tratamiento no farmacologico**

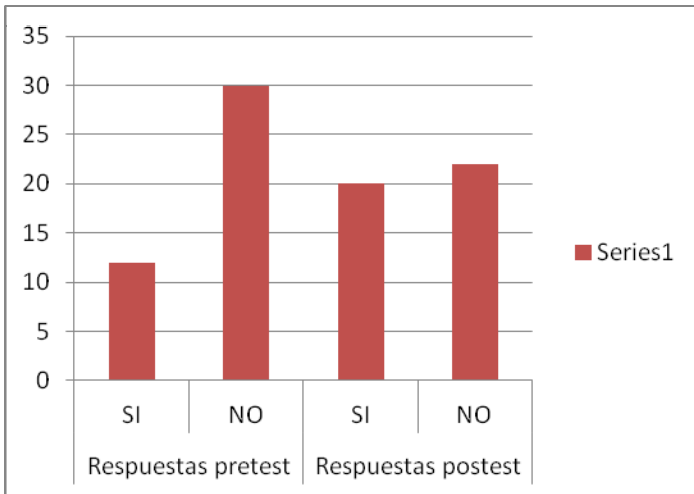
Frecuencia absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en relación a la variable conocimientos sobre cuidados paliativos del profesional en enfermería en su dimensión tratamiento no farmacológico.



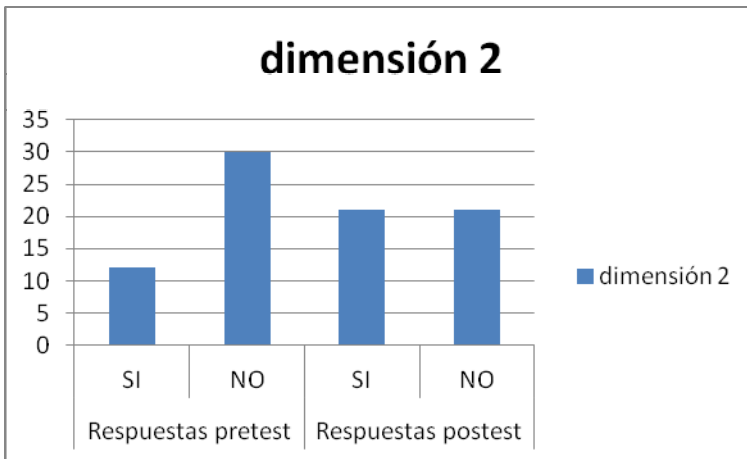
Fuente: cuadro N° 6 (postest)

**Gráficos de comparación entre los dos momentos: antes y después de la aplicación del taller:**

**Gráfico n° 1.** Cantidad de respuestas dadas en el pretest y postest por parte de las enfermeras que realizaron el taller, relacionadas con la dimensión control de síntomas



**Gráfico nº 2.** Cantidad de respuestas dadas en el pretest y posttest por parte de las enfermeras que realizaron el taller, relacionadas con la dimensión tratamiento farmacológico



**Gráfico nº 3.** Cantidad de respuestas dadas en el pretest y postest por parte de las enfermeras que realizaron el taller, relacionadas con la dimensión tratamiento no farmacológico

