



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS PALIATIVOS APLICADOS POR LOS PROFESIONALES  
DE ENFERMERÍA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL SERVICIO  
DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO  
“DR. LUÍS RAZETTI” DE COTIZA. PRIMER SEMESTRE DE 2010.**

(Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar  
por el título de Licenciado en Enfermería)

**Autoras:  
T.S.U. ESCOBAR ANA  
T.S.U. TORRES DULCE  
Tutora: Lic. MARIBEL OSORIO**

**CARACAS, NOVIEMBRE 2010**

**CUIDADOS PALIATIVOS APLICADOS POR LOS PROFESIONALES  
DE ENFERMERÍA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL SERVICIO  
DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO  
“DR. LUÍS RAZETTI” DE COTIZA. PRIMER SEMESTRE DE 2010**

## **DEDICATORIA**

A Dios todopoderoso por darnos la fe y sabiduría y guiarnos en todo momento.

A nuestros padres por brindarnos su apoyo , colaboración y confianza

A nuestro empeño y espíritu de triunfo para no decaer en esta prueba.

A nuestros esposos, por estar allí apoyándonos siempre.

A ti amiga por que juntas logramos alcanzar el éxito!

.

**LAS AUTORAS**

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Central de Venezuela por brindarnos la oportunidad de asistir a sus aulas de clases para optar este título y formarnos como excelentes profesionales de salud

A nuestra tutora Lcda. Maribel Tamara Osorio por orientarnos y guiarnos en la elaboración y culminación de este trabajo.

A nuestros profesores por habernos transmitido sus conocimientos.

Gracias, a todos  
Las Autoras

## **APROBACIÓN DE TUTOR**

En mi carácter de Tutor del Trabajo de Grado titulado **“CUIDADOS PALIATIVOS APLICADOS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO “DR. LUÍS RAZETTI” DE COTIZA. PRIMER SEMESTRE DE 2010”**; presentado por las **T.S.U. ESCOBAR ANA Y TORRES DULCE**; para optar al título de Licenciadas en Enfermería; considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a su presentación pública y evaluado por parte del Jurado Examinador que se designe.

**En la ciudad de Caracas, a los 27 días del mes de septiembre del 2010.**

---

**Lcda. Maribel Thamara Osorio**  
**C.I. N° \_\_\_\_\_**

*ÍNDICE GEN**ERAL*

	Pág
<b>DEDICATORIAS.....</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	iv
<b>APROBACIÓN DE TUTOR.....</b>	v
<b>LISTA DE CUADROS.....</b>	viii
<b>LISTA DE GRÁFICOS.....</b>	ix
<b>RESUMEN.....</b>	x
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	1
<b>CAPÍTULO I.</b>	
<b>EL PROBLEMA</b>	
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivos de la Investigación	
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
Justificación del estudio.....	8
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	
Antecedentes del Estudio.....	11
Bases Teóricas.....	17
Sistema de Variable.....	61

Operacionalización de la Variable.....	62
<b>III. MARCO METODOLÓGICO</b>	
Diseño y Tipo de estudio.....	63
Población.....	65
Técnicas e Instrumento para la Recolección de información.....	65
Validez.....	66
Confiabilidad.....	66
Procedimientos para la recolección de datos.....	67
Plan de tabulación de datos.....	68
<b>IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	69
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
Conclusiones.....	78
Recomendaciones.....	78
Referencias Bibliográficas.....	80
Anexos.....	82

## LISTA DE TABLAS

Nº		p.p
1	<b>Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizada a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Valoración. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti” de Cotiza. Primer semestre de 2010</b>	70
2	<b>Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Administración de Drogas. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti” de Cotiza. Primer semestre de 2010</b>	73
3	<b>Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Apoyo Emocional. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti” de Cotiza. Primer semestre de 2010</b>	75



**LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Nº</b>		<b>p.p</b>
1	<b>Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizada a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Valoración. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti” de Cotiza. Primer semestre de 2010</b>	<b>72</b>
2	<b>Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Administración de Drogas. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti” de Cotiza. Primer semestre de 2010</b>	<b>74</b>
3	<b>Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Apoyo Emocional. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti” de Cotiza. Primer semestre de 2010</b>	<b>77</b>



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS PALIATIVOS APLICADOS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO “DR. LUÍS RAZETTI” DE COTIZA. PRIMER SEMESTRE DE 2010”**

**Autoras:  
T.S.U. Escobar Ana  
T.S.U. Torres Dulce  
Tutora: Lcda. Maribel Osorio  
Fecha: Septiembre 2010**

**RESUMEN**

El presente estudio estuvo dirigido a determinar los cuidados los cuidados paliativos de enfermería aplicados a los pacientes oncológicos en el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti”, ubicado en Cotiza, Caracas, Distrito Capital durante el primer semestre de 2010. En ese sentido, la investigación es un diseño de campo, transversal y contemporáneo, el tipo de estudio es descriptivo; cuyo instrumento fue una Guía de Observación con respuestas dicotómicas (SI-NO) conformado por veintiún (21) ítemes, lo cual ameritó su validación y confiabilidad que dio como resultado 0,9 que indica que reúne las condiciones para recolectar la información. Los resultados evidenciaron que profesionales de enfermería en su mayoría al brindar cuidados paliativos a los pacientes oncológicos referidos a manejo del dolor e indicador Cumplen con las acciones requeridas para la valoración de enfermería aun cuando se observo que un grupo importante no considera la atenuación, duración del dolor y signos y síntomas concomitantes, así mismo un alto porcentaje de los Profesionales de Enfermería cumplen con las precauciones al administrar drogas a los pacientes oncológicos y los mismos proporcionan apoyo emocional al paciente oncológico que recibe cuidado paliativo no obstante disponen de poco tiempo para hacerle compañía. Las autoras recomiendan promover entre los profesionales de enfermería la atención integral del enfermo oncológico mediante los cuidados paliativos y solicitar a la gerencia de enfermería la actualización del personal sobre los cuidados paliativos.

## INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y a sus seres queridos. Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad. Una de las metas principales de los cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible.

Los servicios de cuidados paliativos están disponibles para personas que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos; el paciente típico de cuidados paliativos tiene un pronóstico de vida de 6 meses o menos. Los programas de cuidados paliativos proporcionan servicios en varias situaciones: en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos. Las familias de los pacientes son también un enfoque importante de los cuidados paliativos, y los servicios están diseñados para proporcionarles la asistencia y el apoyo que necesitan

Por la situación terminal de enfermedad en la que se encuentran los pacientes que reciben cuidados paliativos, los tratamientos empleados frente al dolor y demás síntomas físicos serán principalmente de intención paliativa. Además, el equipo de salud debe proporcionar el soporte necesario para vencer el estrés psicosocial y aminorar las preocupaciones que afectan a la familia y a la mayoría de los pacientes.

Los cuidados paliativos suponen donde se implantan un cierto cambio estructural para proporcionar garantías de asistencia paliativa al enfermo oncológico en el momento y también en el lugar que se necesite, y con las características habituales en cuidados paliativos: atención global por un equipo interdisciplinario y que siempre incluya a la familia.

Este trabajo se ha estructurado, en un total de cinco capítulos. Capítulo I el problema, en él se presentan los aspectos concernientes al planteamiento del problema, los objetivos y la justificación del estudio.

Capítulo II marco teórico, el presente capítulo contiene aspectos relacionados con los antecedentes, bases teóricas, sistema de variable en estudio, así como la operacionalización de la misma.

Capitulo III diseño metodológico, este capitulo hace referencia al diseño de la investigación, tipo de estudio, población y muestra, técnica de recolección de datos, instrumentos para la recolección de los datos, validez y confiabilidad del instrumento, procedimiento para el análisis e interpretación de los datos.

El capítulo IV, trata la presentación y análisis de los resultados, en el se presenta la información obtenida de la aplicación del instrumento de recolección de datos en cuadros y gráficos y sus análisis, con la finalidad de dar respuesta al problema y los objetivos propuestos.

El capítulo V, corresponde a las conclusiones derivadas de la investigación y las recomendaciones consideradas pertinentes, finalmente se incluyen las Referencias Bibliográficas que sirvieron de sustentación a la investigación y los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del Problema**

A nivel mundial se vienen produciendo grandes progresos en el área de la salud y el cuidado de los pacientes. En la actualidad, debido a los avances tecnológicos y las investigaciones médicas los cuales han generado medicamentos y técnicas de cuidado de la salud más eficiente, se ha elevado la esperanza de vida, pero también se han incrementado las enfermedades crónicas. Algunas de las enfermedades que en el pasado se consideraban incurables se han erradicado; otras, son totalmente curables, como el caso de la tuberculosis. Aún hay otras con las que se puede convivir siempre que se cumpla con los tratamientos y los cuidados recomendados.

Algunas de estas enfermedades son emergentes como es el caso del SIDA, que hasta el momento solo es posible que se controle, gracias al esfuerzo de muchos investigadores aunque no se ha logrado una cura permanente. Otras enfermedades con características de cronicidad son las obstructivas pulmonares y el cáncer.

El cáncer es una enfermedad que ocasiona enorme dolor, sufrimiento y problemas de tipo psicosocial tanto al paciente como a su entorno familiar que deben ser atendidos por las enfermeras con respeto y comprensión. El equipo de salud tiene que enfrentar estas situaciones cada día y debe ser un apoyo haciendo lo posible por minimizar los miedos, las dudas e inquietudes que se puedan presentar en el entorno familiar mientras el paciente se encuentra en estado terminal y finalmente cuando se produce la muerte.

Las personas suelen pensar en la enfermedad y la muerte como algo ajeno, que ocurre a los demás, que no se admite fácilmente cuando toca a un ser cercano o debe ser enfrentada por la misma persona. Este es uno de los aspectos que debe ser enfrentado por la enfermera como parte de los cuidados paliativos, tratando que para el paciente sea una experiencia menos dolorosa y traumática, así como para los familiares.

En el caso del cáncer, sí no puede curarse ni controlarse con tratamiento e incluso cuando el paciente no quiere recibir tratamiento adicional existen tratamientos paliativos, también llamados cuidados en su etapa terminal, los cuales son una forma de cuidados que ayuda a la persona a tener una mejor calidad de vida a medida que la enfermedad progresa. El objetivo de estos cuidados paliativos no es evitar la muerte, es tratar que el

paciente viva cada día que le queda de vida tan completo como le sea posible.

Los miembros del equipo de cuidado en la etapa terminal tratan de ayudar a los pacientes para que estén libres del dolor en la medida que sea posible, además de ayudarlos a estar en paz consigo mismo y con la enfermedad. Así mismo, el personal de salud aporta apoyo, educación y consejos a los familiares.

En estas circunstancias, el personal de enfermería debe formularse algunas preguntas acerca de si están preparados para soportar la situación, para enfrentar la muerte cara a cara en su trabajo diario, si pueden hablar con un paciente agonizante y prestar apoyo a la familia del enfermo terminal y, obviamente manejar el estrés que supone tratar con estos pacientes y sus familiares. Esta preparación tiene que ver con habilidades basadas en la capacidad para educar y preparar al enfermo y sus familiares, aplicando conocimientos y técnicas psicológicas con el fin de permitir minimizar el dolor y el sufrimiento del paciente terminal.

En este contexto, las investigadoras ubicaron su Trabajo de Grado en el Hospital Oncológico “Dr. Luis Razetti” en Cotiza, Caracas Distrito Capital, que es un centro de referencia para pacientes con cáncer, algunos de ellos



en etapa terminal que ameritan de los cuidados paliativos apropiados. Según lo observado por las investigadoras los pacientes que se encontraban en situación terminal en este Hospital se quejaban y sufrían de fuertes dolores, por lo que se hizo necesario establecer si en su momento se aplicaron los cuidados paliativos adecuados para minimizar esta situación así como conocer si se educó y asesoró debidamente a los familiares del paciente. En este sentido, lo que se buscó fue, dadas las múltiples necesidades presentes en los pacientes oncológicos de este centro de salud, conocer cuáles fueron los cuidados paliativos de enfermería que se aplicaron a los pacientes oncológicos en el servicio de cuidados paliativos durante el primer semestre del año 2010 y evaluar su efectividad en cuanto al mejoramiento de la calidad de vida del mismo en esta etapa.

Con este fin, las investigadoras realizaron el presente estudio basadas en la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los cuidados paliativos de enfermería aplicados a los pacientes oncológicos en el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Oncológico “Dr. Luis Razetti” ubicado en Cotiza, Caracas, Distrito capital durante el primer semestre de 2010?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Determinar los cuidados paliativos de enfermería aplicados a los pacientes oncológicos en el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti”, ubicado en Cotiza, Caracas, Distrito Capital durante el primer semestre de 2010.

### **Objetivos Específicos**

Describir las acciones que realizan los profesionales de enfermería para la valoración del dolor en el enfermo oncológico.

Describir los cuidados que aplica el profesional de enfermería en la administración de drogas para aliviar el dolor en pacientes oncológicos.

Identificar el apoyo emocional que brindan los profesionales de enfermería a los pacientes oncológicos.

### **Justificación**

El cuidado paliativo ofrece al paciente terminal la oportunidad de encontrar tranquilidad al estar ante la muerte inminente, enfrentar

sentimientos y creencias de todo tipo ante las realidades de la vida y la muerte. Cada persona necesita encontrar un significado propio a estas situaciones, consiguiendo el alivio a sus dolores y angustias mediante la reflexión solitaria, actividades como escribir un diario o pintar algo. Otras prefieren el diálogo con otras personas, la recepción de consejos espirituales o psicológicos de personas preparadas para ello o de grupos de apoyo.

A medida que la muerte de un ser querido se aproxima, la familia también reacciona y cada uno de sus integrantes lo hace de manera diferente. Es normal ver una mezcla de emociones, tales como la incredulidad, rabia, ira, ansiedad e impotencia. No existe una sola manera apropiada de enfrentar estos sentimientos. La labor de quien aconseja a la familia, entre otras cosas es darle a entender la realidad para que sea aceptada por todos, aún sabiendo que si se logra que una persona la acepte y esté preparada para la siguiente etapa, esto no quiere decir que los demás miembros también lo acepten. Por ello, como parte del cuidado paliativo, también se hace extensible un tratamiento a los integrantes del grupo familiar del enfermo.

En virtud de lo anterior, se justificó la presente investigación a fin de realizar un estudio de cuáles fueron los cuidados paliativos de enfermería aplicados a los pacientes oncológicos en el servicio de cuidados paliativos

del Hospital Oncológico “Dr. Luis Razetti”. Esta investigación quedará en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela como un material de apoyo para futuras generaciones de estudiantes de la carrera de enfermería; sus conclusiones serán de utilidad para los pacientes y las enfermeras así como para los familiares que deben hacer frente a la situación. Para las investigadoras, la investigación les permitió poner en práctica los conocimientos adquiridos así como obtener otros relevantes para su carrera.

Se espera con esta investigación cubrir las expectativas, además de contribuir a futuro, con una mejor atención hacia el paciente oncológico, y así lograr que alcancen su bienestar bio-físico-social donde se pueda resguardar y satisfacer sus necesidades, en respuesta a la demanda creciente de este tipo de enfermos.

Así mismo, este estudio también permitirá ampliar la línea de investigación relacionada con el tema, lo cual establece un fundamento teórico y metodológico que conecta la enfermería, la medicina y la psicología como ciencias de la salud que pueden ser empleadas en conjunto para el abordaje de distintas enfermedades como en este caso.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

En el capítulo se desarrollaron los componentes del marco teórico del estudio, los antecedentes y la fundamentación teórica, así como la operacionalización de la variable propuesta.

#### **Antecedentes de la Investigación**

Sánchez, Y. (2008) presentó un trabajo titulado “Programa Educativo de Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos Dirigidos al Cuidador Informal de Enfermos en Estado Terminal Afiliados a Instituciones de Servicio de Salud Domiciliarios en los Municipios Iribarren y Palavecino del Estado Lara”. El objetivo del proyecto fue elaborar un Programa Educativo de Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos dirigido al Cuidador Informal de Enfermos en Estado Terminal afiliados a Instituciones de Servicio de Salud Domiciliarios en los Municipios Iribarren y Palavecino, Estado Lara.

El estudio se enmarcó dentro de una modalidad de proyecto factible con diseño de campo. Se trabajó con 79 cuidadores de enfermos, con la finalidad de detectar la necesidad que tienen los mismos de un programa educativo referido a cuidados paliativos basado en un enfoque de calidad de

vida para el binomio cuidador-enfermo; se aplicó un cuestionario conformado por 20 ítems de selección simple, y 18 ítems, en escala tipo Lickert, con un total de 38 ítems, que midieron el grado de conocimiento sobre cuidados paliativos y las necesidades socio familiares, psicoemocionales, espirituales y económicas, que tienen los cuidadores de los enfermos en estado terminal. Se empleó además el Test Psicométrico de Goldberg, el cual midió la necesidad de ayuda del cuidador por un profesional en relación a la ansiedad y depresión de los cuidadores, y la escala de Graffar-Méndez Modificado para conocer el estrato social al que pertenece la familia.

La investigación se desarrolló en tres fases, la primera correspondió al diagnóstico en cuyos resultados se evidenció que el sexo predominante del cuidador es el sexo femenino con un 73%, que el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos es deficiente, en las necesidades sociofamiliares, emocionales y económicas, más del 50% de los cuidadores, señalan que son completamente necesarias. El programa fue factible desde el punto de vista social, institucional, económico y legal y permitió mejorar la calidad de vida del binomio enfermo-cuidador, por lo que se recomendó al Ministerio del Poder Popular para la Salud, introducir dicho programa en las políticas del estado. De esta investigación se obtuvo como aporte un programa viable para poder llevar el cuidado paliativo a domicilio.

Rodríguez, N. Ruiz, Y y Carvajal, A (2007) elaboraron un estudio titulado Conocimientos sobre cuidados paliativos (físicos, psíquicos y espirituales) de familiares de pacientes oncológicos y determinar el grado de satisfacción con la atención brindada por el equipo de salud en el policlínico "Octavio de la Concepción y la Pedraja", municipio Camajuaní, provincia Villa Clara en el período de junio 2005-enero de 2006.. Se realizó un estudio descriptivo para diagnosticar nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos (físicos, psíquicos y espirituales) de familiares de pacientes oncológicos y determinar el grado de satisfacción con la atención brindada por el equipo de salud. El universo estuvo constituido por un miembro de cada uno de los núcleos familiares de los pacientes oncológicos de nuestra área de salud. Se eligió al azar el 50% de los núcleos familiares, se incluyó a un familiar comprometido con la atención al enfermo, no formaron parte de la muestra los familiares de pacientes con buen pronóstico o aquellos no aptos física y/o mentalmente.

Previo al inicio de la investigación se solicitó el consentimiento informado de los seleccionados. Para recoger información se aplicó un cuestionario previamente validado con la ayuda de expertos. Se constató que 51% de los encuestados posee conocimientos aceptables sobre los cuidados físicos, 63% medianamente aceptables sobre cuidados psíquicos y solo el 13,8% cuenta con los conocimientos necesarios sobre cuidados espirituales.

Se concluye que la mayoría de las familias están satisfechas con la atención que reciben del equipo de salud y no poseen el nivel de conocimientos necesarios para brindar los cuidados paliativos.

Este trabajo de investigación refuerza el papel del personal de enfermería en el apoyo psicológico y emocional del paciente oncológico y sus familiares, además del conocimiento de la terapéutica, así como la actitud positiva ante el enfermo y sus familiares, destacando el carácter humanitario de su labor.

Alvarado, A. León, C. y Pinto, D (2003) realizaron una investigación titulado Apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería al paciente con cáncer hospitalizado en el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” de Valencia durante el primer semestre del año 2003. esta investigación se sustenta en la teoría de la comunicación terapéutica enfermera – paciente, con énfasis en la comunicación verbal y no verbal para ayudar al paciente a enfrentar su problemática de salud.

El estudio fue prospectivo, descriptivo y transversal, la población estuvo conformada por las profesionales de enfermería y los pacientes hospitalizados en la unidad de oncología. Se utilizó una guía de observación para los profesionales y un cuestionario a los pacientes con cáncer. Los



resultado demuestran que el profesional se encuentra limitado, ya que el mismo se lleva a cabo a través de la comunicación, siendo deficiente y limitada. Es importante que el profesional de enfermería posea ciertas aptitudes importantes que permitan conocer las necesidades del paciente oncológico hospitalizado, ya que en ese momento es dependiente del profesional que lo atiende adaptándose constantemente a las circunstancias de su enfermedad y a los tratamientos que éste recibe.

Nicholson, B. (2000) señala que en Puerto Rico, existe el Centro de Manejo del Dolor, en la Clínica Las Américas. En Venezuela existe la Asociación Venezolana para el Estudio del Dolor (AVED); Tiene como director al Dr. Antonio Eblen – Zajjur. Actualmente funciona en el Centro Médico de Caracas. Todas estas organizaciones tienen un mismo interés, el cual es como lo describe la siguiente cita: “El manejo del dolor finalmente está alcanzando la posición que merece en la atención de la comunidad médica, pasando de ser considerado sólo un síntoma a una enfermedad: que afecta no sólo al individuo sino también a aquellos que los rodean. Afortunadamente cada día aparecen nuevas opciones terapéuticas para el manejo del dolor”.

Arcia, A. y Landaeta, R. (1999) en una investigación titulada “Relación de Ayuda que brinda la Enfermera para Satisfacer Necesidades Emocionales

de Pacientes con Cáncer de Cuello Uterino Hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Instituto Oncológico Luís Razzeti, de Caracas”. El objetivo de la investigación fue describir la relación de ayuda que brindan las enfermeras para satisfacer las necesidades de las pacientes con cáncer de cuello uterino hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Instituto Oncológico Luís Razzeti. El tipo de estudio fue descriptivo, de campo y transversal.

La población estudiada fue de ocho (8) enfermeras y catorce (14) pacientes. Se utilizaron tres (3) instrumentos de recolección de datos: una (1) guía de observación y dos (2) cuestionarios de respuestas cerradas, llegando a la conclusión que las enfermeras encargadas del cuidado y atención directa a las pacientes con cáncer de cuello uterino, cumplen a cabalidad las actividades que propician la recuperación y mejoría física de las pacientes y en contraste no implementan técnicas o estrategias comunicacionales que les facilite brindar un soporte emocional individual a las pacientes quienes a menudo presentan crisis reactivas ante la enfermedad, tratamiento y auto percepción de muerte inminente.

## **Bases Teóricas**

Para sustentar la presente investigación se efectuó la revisión de distintas fuentes bibliográficas, que dieron cuenta del estatus de la situación que se pretendió conocer en relación a los cuidados paliativos que deben aplicar las enfermeras a los pacientes oncológicos que se atienden en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Oncológico “Dr. Luís Razetti” en Caracas. La revisión abordó aquellas referencias que se relacionaban con el tema en cuestión y de cuyo análisis se obtuvo soporte teórico a las conclusiones que se alcanzaron.

## **Cáncer**

El tipo específico de cáncer y el tratamiento necesario suponen desafíos únicos que hay que afrontar y que influyen en la respuesta. Los cambios físicos visibles acentúan el impacto personal y social. También surgen grandes diferencias en la respuesta que depende del grado de alteración del cumplimiento diario. El significado y las implicaciones del diagnóstico evolucionan con el tiempo y la experiencia, pero la adaptación y la incertidumbre siguen siendo desafíos recurrentes. Según Brunner, L (2005):

El cáncer es un proceso de enfermedad que se inicia cuando la mutación genética de ADN celular transforma a una célula en anormal, la cual a su vez forma un clon y comienza a proliferar de forma irregular, ignorando las señales de regulación de crecimiento en el ambiente circundante de la célula. (p.15).

Del anterior concepto, se entiende que el cáncer es una enfermedad en la cual la célula anormal se reproduce violando las limitaciones naturales que deben existir en su entorno, por lo cual se clona y prolifera ocasionando la enfermedad.

Capote, L (2006), presenta las siguientes estadísticas: las primeras cinco causas de mortalidad en ambos géneros en el país para el año 2005, de acuerdo a lo publicado en el Anuario de Mortalidad del Ministerio de Sanidad (MS) (2005) “enfermedades del corazón (20,71%), cáncer (14,93%), enfermedades cerebrovasculares (7,40%), suicidios y homicidios (7,31), accidentes de todo tipo (7,19) y otras causas (42,05)”, (p. 2). Como puede observarse el cáncer ocupa el segundo lugar entre las diversas causas de muerte, posición, que ha mantenido en los últimos 25 años, siendo sólo superado por enfermedades del corazón y representando el 15 % de la mortalidad diagnosticada en el país.

Según la referencia, Anuario de Mortalidad del Ministerio de Sanidad (MS) se obtiene que para el año 2005 una cantidad importante de

venezolanos murió por algún tipo de cáncer, siendo ésta después de las enfermedades del corazón, la segunda causa de fallecimientos, lo cual aporta la magnitud de la problemática para la presente investigación.

La enfermedad en etapa Terminal, se acompaña de múltiples síntomas que pueden ser cambiantes, intensos y debidos a diversas causas que pueden provocar un malestar importante en el enfermo y su familia. Cuando se cuida al enfermo se trata el dolor y otros síntomas que alteran su calidad de vida y la de su familia. Se facilita el apoyo emocional, se promueve el bienestar y se mejora la calidad de vida.

### **Cuidados de enfermería**

En cuanto a los cuidados de enfermería Henderson, V citada por Marriner, A (1999) señala que:

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud, recuperación o una muerte tranquila que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.(p.35)

Para las investigadoras el cuidado para enfermería se define como la función holística e integral de brindar atención al paciente sano o enfermo en

la medida de sus necesidades interferidas, así como evitar en lo posible padecimientos al paciente en la hora de su muerte, además de educar al paciente para que pueda lograr identificar factores de riesgo y emergencias en el momento preciso.

Tener el mayor cuidado posible a la hora de realizar maniobra con el enfermo (bañar, cambios posturales, entre otros). Al respecto, Jacox A. Carr DB, Payne R, et al. (1994) refieren que:

El cambio de posición es otro método sencillo para proveer bienestar y prevenir o aliviar el dolor. Los clínicos deben asegurarse que los pacientes que permanecen acostados estén en posición correcta de acuerdo con la alineación corporal, que los pacientes cambien de posición, que las condiciones de la piel sean vigiladas frecuentemente, y que se implementen ejercicios de movilidad. Los clínicos deben educar al personal auxiliar y a los familiares de manera que puedan proveer ejercicios de movilidad y colocar al paciente en posiciones correctas. (p. 17)

Si es posible, el colchón que sea blando o antiescaras, ya que se suelen presentar úlceras por presión, debido a la pérdida de grasa corporal. Si tiene dificultades o problemas con la dentadura, se le dará dieta blanda. La medida más importante es el consuelo, la compañía, la compresión, la presencia física, intentado que el paciente no pierda o recupere su autoestima y tener disponibilidad hacia él. Estas son las medidas a tomar, ya que en la mayoría de las ocasiones no existen fármacos para poder tratar la

caquexia tumoral. Lo más importante sobre la anorexia/caquexia, es saber que el paciente debe comer. Lo que quiere, cuando quiera y como quiera.

Así mismo, los autores antes mencionados señalan que los cuidados de enfermería serán los siguientes:

Se mantendrá al paciente en reposo absoluto y sobre el lado sangrante si es posible. Se intentara cubrir el sangrado o camuflarlo con ropa verde o roja para evitar la angustia de su visión. Si la hemoptisis es masiva y terminal, se sedara al enfermo según prescripción médica, no dejándolo nunca solo. Si la tos tiene la finalidad de eliminar secreciones, no debe suprimirse, pero si la tos es húmeda y el paciente no tiene capacidad para eliminar secreciones, las medidas necesarias para eliminar las secreciones, como drenaje postural o aspiración pueden perjudicar más que beneficiar, según el estado de deterioro del paciente. Hay que explicar al enfermo y a la familia el motivo de acumulación de secreciones, y los métodos que facilitan su eliminación.

Si el paciente está poco hidratado es aconsejable el aumento de líquidos (2-3 lts/día), si lo permite el estado del paciente. Evitar factores que pueden precipitar la tos como el humo de tabaco, cambios bruscos de temperatura, empleo de productos de limpieza irritantes. Mejorar la humedad

del ambiente, recomendándose humidificadores de ambiente. Aerosoles solo con suero salino. Enseñar a toser al enfermo de forma adecuada, ya que la tos ineficaz, provoca agotamiento y retención de secreciones.

Enseñar al paciente ejercicios respiratorios y posición más adecuada para realizarlos: la posición de Fowler permite la máxima expansión del tórax y facilita la expulsión de secreciones. Cuando la tos es irritativa, ejercicios respiratorios e ingesta pequeña de agua y caramelos. (p.3-4)

### **Cuidados Paliativos**

La expectativa de vida pasó de unos 30 años en 1800 a más de 75 en la década de los 80, cifra que sigue aumentando en los países desarrollados; los intereses primordiales se sitúan en una mayor longevidad y en la desaparición de la enfermedad. El moribundo se convierte en un extraño, en un invitado incómodo y no bienvenido.

La tradición hipocrática no recomendaba el trato con enfermos incurables y terminales. Podría suponer un desafío a una pena que los dioses habían impuesto a un mortal. Con el influjo de la cultura cristiana las cosas cambiaron. En latín el sentimiento cálido entre el anfitrión y el invitado



y el lugar donde se experimenta esa relación fue designado con el nombre de hospitium.

En 1967, Cecily Saunders, sentó las bases de lo que actualmente se conoce como Cuidados Paliativos. Su propósito es el apoyo y el cuidado de las personas en las últimas fases de su enfermedad, para que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. Éstos no son un conjunto de omisiones terapéuticas que buscan poner término a un sufrimiento y por ningún motivo debe confundirse con la muerte asistida o la eutanasia. Es una filosofía que encierra el concepto de morir con dignidad, que debe ocurrir en su momento, sin acelerarla, pero tampoco alargarla inútilmente y de una forma cruel.

Los Cuidados Paliativos tienen como objetivo la atención integral del enfermo, es decir, desde un punto de vista holístico, englobando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, incorporando a la familia en los cuidados. Estos cuidados deben ser llevados a cabo por equipos multidisciplinarios, integrados por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes espirituales y voluntarios.

La Organización Mundial de la Salud, en su reporte técnico serie 804, Ginebra, 1990 definió Cuidados Paliativos como: "... el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias." (p. 2)

El propósito de los cuidados paliativos es el apoyo y el cuidado de las personas en las últimas fases de su enfermedad, para que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. Los cuidados paliativos / Medicina paliativa no son un conjunto de acciones terapéuticas que buscan poner término a un sufrimiento y por ningún motivo debe confundirse con la muerte asistida o la eutanasia. Es una filosofía que encierra el concepto de morir con dignidad, que debe ocurrir en su momento, sin acelerarla, pero tampoco alargarla inútilmente de una forma cruel. Al respecto, Martínez, H (2002) refiere que:

Cuando las terapias ya no ofrecen los beneficios deseados o cuando los efectos adversos, debido al tratamiento, superan los propios beneficios, nos encontramos ante una de las etapas más difíciles en el tratamiento y es cuando hay que pasar del tratamiento tradicional al tratamiento paliativo (p.216).

Bajo esta premisa, los tratamientos de tipo paliativos se deben aplicar cuando existe la certeza que las terapias ya no son efectivas, causan más daño que beneficios y el paciente se encuentra ante una muerte inminente.

Los Cuidados paliativos, según la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos, (2007) son aquellas atenciones que se dan a un paciente con una enfermedad potencialmente mortal, en fase avanzada y al que no afectan los tratamientos curativos. Por otro lado, el National Cancer Institute de los Estados Unidos (2002): señala que:

Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y a sus seres queridos. Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad. Una de las metas principales de los cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible. (p.47).

Para las investigadoras el concepto de cuidados paliativos según lo anterior consiste en brindar un cuidado biopsicosocial al paciente que se encuentra enfrentando una enfermedad donde no puede controlar el dolor para así mejorar su calidad de vida y proporcionar la mayor tranquilidad posible.

En la práctica se puede decir que un paciente está en estado terminal cuando existe un cuadro clínico que provoca una expectativa de muerte en breve plazo y se denomina fase terminal. Según la Sociedad Española de

Cuidados Paliativos (SECPAL, 2009) los elementos fundamentales que definen la enfermedad terminal son:

Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico. Es muy importante en este punto haber agotado todos los recursos terapéuticos disponibles antes de definir como enfermo terminal a un paciente y se corre el riesgo de caer en lo que se denomina encarnizamiento terapéutico. Nunca se debe confundir lo que es alargar la vida con alargar la agonía. El encarnizamiento terapéutico puede prologar la agonía. El respeto a la vida implica el derecho a la muerte y todo ser humano tiene derecho a una muerte digna.

Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes: los síntomas van aumentando a medida que progresa la enfermedad y en los últimos días estos cambios pueden producirse en cuestión de horas o minutos.

Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no de la muerte: la familia del enfermo tiene un doble papel en los cuidados paliativos de dadora y receptora de cuidados y como dadora de cuidados debe ser parte del

equipo, por lo que será necesario formarla y educarla ya que tener una tarea concreta en relación con el cuidado directo del enfermo, disminuye de una forma importante el impacto emocional.

Como receptora de cuidados, se le debe administrar un apoyo práctico y emocional a los familiares, así como ayuda durante el duelo, para prevenir el duelo patológico, esto se hará de forma periódica, ya que se puede modificar bruscamente en función de la situación del enfermo. Por lo que respecta al equipo terapéutico, tendría que haber programas de autoprotección frente a la tensión que supone el contacto permanente con la muerte. Una buena manera es la comunicación entre todos los elementos del equipo y una rigurosa selección de los profesionales.

De acuerdo con los anteriores conceptos, las investigadoras estiman que el objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida y la máxima autonomía del paciente y su familia. Precisamente la carencia en la atención de los aspectos emocionales y espirituales, junto con el alivio del dolor, dará origen a la filosofía sobre la que se basan los cuidados paliativos. Los instrumentos básicos con los que cuenta la disciplina de cuidados paliativos son: el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación, contar con una organización flexible y un equipo interdisciplinario que pueda conseguir los objetivos de atención para el

paciente en estado Terminal y su familia. En este sentido es válido lo expresado por Isabel Guin (Prensa SAHCM, 2007): “Curar a veces, aliviar a menudo, cuidar siempre”

Cuando una enfermedad como el cáncer progresa hasta llegar a la fase avanzada, a pesar de haber sido tratada con los medios adecuados (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, entre otros), se piensa que ya no se puede hacer nada más por el enfermo. Este es un error que debe ser desterrado del pensamiento de los profesionales, de los enfermos, de sus familias y de la sociedad en general.

Es mucho aún lo que se puede y se debe hacer para ayudar a los enfermos con cáncer en fases terminales y a sus familias y de ello se encargan los **cuidados paliativos**. Teniendo basamento en lo que dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), los Cuidados Paliativos “son la atención específica, activa e integral que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades”, (p. 2). La atención específica activa e integral consiste en **cuidar** al enfermo y a su familia.

La enfermedad en esta etapa se acompaña de múltiples síntomas que pueden ser cambiantes, intensos y debidos a diversas causas que pueden

provocar un malestar importante en el enfermo y su familia. Cuando se cuida al enfermo se trata el dolor y otros síntomas que alteran su calidad de vida y la de su familia. Se facilita el apoyo emocional, se promueve el bienestar y se mejora la calidad de vida.

### **Objetivos de los cuidados paliativos**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004)

Disminuir el sufrimiento del enfermo y su familia.  
Mejorar la calidad de vida del enfermo y la familia.  
Fomentar la autonomía del enfermo.  
Potenciar la participación activa de la familia haciéndola sentir útil y dándole recursos para hacer frente y controlar situaciones difíciles que pueden presentarse.  
Ayudar a los familiares a elaborar su duelo antes y después del fallecimiento del ser querido. (p. 3).

Fundamentado en las condiciones que enfrenta el enfermo en fase terminal requiere que el profesional de enfermería posea cualidades especiales, según Gómez, C (1998) citado por López, E (2003) de “vocación cuidadora, cierto altruismo, empatía y comprensión, capacidad de escucha, sinceridad, habilidad en la comunicación, equilibrio y madurez personal; especialmente ante la muerte, paciencia, respeto y flexibilidad”, (p. 34), es por ello, la importancia de las cualidades del profesional de enfermería, los

cuidados paliativos se han extendido como opción para una muerte tranquila. En este orden de ideas, los cuidados paliativos según López, E (1998) los define como:

Programas de tratamientos activos, destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de los enfermos, cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, intentan controlar no solo el dolor y otros síntomas molestos, sino también el sufrimiento para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días de su vida y tengan una buena muerte”, (p. 13)

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) declara que los objetivos de los cuidados paliativos, son fundamentalmente los mencionados:

Alivio del dolor,  
No alargar, ni acortar la vida,  
Dar apoyo psicológico, social y espiritual,  
Reafirmar la importancia de la vida,  
Considerar la muerte como algo normal,  
Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible,  
Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo. (p. 8)

Esta declaración intenta proporcionar al enfermo y a la familia un apoyo total e integral, los cuidados paliativos son proporcionados por un equipo multiprofesional cuando no hay esperanza de curación y el objetivo



esencial del tratamiento, ya no consiste en prolongar la vida sino en asegurar la máxima calidad de vida posible. Kaye, P. (1989), expresa que “los cuidados paliativos /Medicina paliativa tienen como objetivo la atención integral del enfermo, es decir, desde un punto de vista holístico, englobando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, incorporando a la familia a los cuidados” (p.20).

Así mismo, Gómez, C. (1998) explica que:

Los cuidados paliativos tienen como objetivo primordial proporcionar el mayor grado de bienestar al enfermo, entendiendo como bienestar la sensación global de satisfacción o alivio de las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales que puede experimentar de forma intermitente, continua o esporádica a lo largo de la última etapa de su existencia.. por ello, las enfermeras tiene un papel fundamental en esta área paliativa, ya que aquello se logra en gran medida con los cuidados integrales propios del quehacer del equipo de enfermería (p.30).

Como se ha mencionado, estos cuidados deben ser llevados a cabo por equipos multidisciplinarios, integrados por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes espirituales y voluntarios. Según la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990), los objetivos de los cuidados paliativos son, principalmente:

Alivio del dolor y otros síntomas, no alargar, ni acortar la vida, dar apoyo psicológico, social y espiritual, reafirmar la importancia de la vida, considerar la muerte como algo normal, proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea la más activa posible, dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo, mantener la independencia. Estos objetivos se basan en tres principios fundamentales: Comunicación, Control Sintomático y Apoyo Familiar. (p.4).

De lo antes descrito, cabe mencionar que el profesional de enfermería debe ofrecer apoyo tanto al enfermo como a su familia con el fin de hacer más tolerable la situación de ambos.

Para la autora López, E. (1998),

En el momento que se agote el tratamiento específico y una vez que se agotan de forma razonable los tratamientos de que se dispone, se entra en una situación de progresión de la enfermedad, siendo, en este momento, el objetivo principal la promoción del confort del paciente y su familia. (p.28)

Esto quiere decir que cuando se agotan todas las medidas disponibles, con respecto al tratamiento, que el dolor se intensifica, solo queda tratar de proporcionar la comodidad suficiente al paciente para obtener un buen morir. Asimismo, a los familiares se les debe confortar y proporcionarles las herramientas necesarias para enfrentar la situación.

Una de las enfermedades que amerita cuidados paliativos es el cáncer. En los últimos años esta enfermedad ha sido la segunda causa de muerte en Venezuela, patología que ocasiona muchos años de vida perdidos, además de afectar cada vez más a personas en edades productivas.

Por tanto, el concepto incluye la satisfacción de las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales para el enfermo y la familia ante una enfermedad crónica y progresiva cuyo desenlace es la muerte; como es el caso del enfermo en fase terminal, quien al igual que su grupo familiar se ve sometido a un gran impacto emocional, iniciándose un período altamente estresante caracterizado por un continuo deterioro de las condiciones generales que provocan un estado de agonía y dolor, ante la certeza de una muerte próxima desestabiliza y provoca cambios profundos en la vida de todos los miembros de la unidad familiar.

En el contexto de los cuidados paliativos, el profesional de enfermería tiene como objetivo cuidar al enfermo en fase terminal hasta el momento de su muerte, controlando todas las situaciones que se vayan presentando para proporcionarles al máximo la calidad de vida, el bienestar, aliviar el dolor y sufrimiento, y así lograr finalmente que tenga una muerte digna y tranquila.

Por lo tanto, el fin primordial de los cuidados paliativos es proporcionar alivio del dolor y el sufrimiento, y la satisfacción de las necesidades globales, por ello es importante definir el dolor, para el conocimiento y manejo del mismo, López, E (1998) lo define como “ un concepto subjetivo y se percibe como una sensación somato – psíquica moderada por diversos elementos físicos y emocionales”, (p. 103).

### **Valoración del dolor**

El dolor del cáncer puede controlarse eficazmente a través de medios relativamente sencillos, desafortunadamente, el dolor relacionado con el cáncer suele ser tratado con deficiencia. Aunque no siempre se puede eliminar por completo el dolor del cáncer o los síntomas que lo acompañan, el uso apropiado de las terapias disponibles puede aliviar eficazmente el dolor en la gran mayoría de los pacientes. Para Beare, M. y Myers, J (1999),

El tratamiento del dolor mejora la calidad de vida del paciente durante todos los estadios de la enfermedad. Los pacientes con cáncer avanzado experimentan múltiples síntomas concurrentes y dolor; por tanto, un manejo óptimo del dolor necesita de una evaluación sistémica de los síntomas y un manejo adecuado para obtener una calidad de vida óptima. (p. 62)

A pesar de la amplia gama de terapias disponibles para el tratamiento del dolor, los datos resultan insuficientes para guiar su utilización en niños,

adolescentes, ancianos y poblaciones especiales. Las leyes estatales y locales con frecuencia restringen el uso de opioides para aliviar el dolor del cáncer, y los terceros responsables de pagos puede ser que no reembolsen los tratamientos para el control del dolor que no sean invasivos.

Por eso, los médicos deberán cooperar con los que regulan, con las iniciativas estatales para el dolor del cáncer, o con otros grupos para eliminar estas barreras del sistema de salud para lograr un control eficaz del dolor. (Estas y otras barreras para un control eficaz del dolor se mencionan a continuación.) Cambios en la distribución del cuidado de salud pueden crear una situación adicional carente de incentivos para que los médicos practiquen un manejo eficaz del dolor.

La flexibilidad es la clave para el control del dolor del cáncer. Así como los pacientes varían en diagnóstico, estadio de la enfermedad, respuestas al dolor e intervenciones y en preferencias personales, así también debe variar el control del dolor. La estrategia clínica recomendada a continuación pone énfasis en la participación del paciente.

Pregunte regularmente sobre el dolor. Evalúe sistemáticamente el dolor y los síntomas relacionados mediante el uso de instrumentos de evaluación cortos. Esta evaluación debe incluir discusiones sobre síntomas

comunes que experimenta el paciente de cáncer y como se tratará cada síntoma.

Crea en la información que ofrece el paciente y su familia sobre el dolor y lo que alivia el dolor. (Las excepciones incluyen: pacientes con problemas psicológicos o existenciales significativos y los pacientes con disfunción cognitiva). Escoja las opciones de control del dolor que sean apropiadas para el paciente, la familia y la situación. Proporcione las intervenciones en forma oportuna, lógica y coordinada. Otorgar a los pacientes y a sus familias poder de participación. Permita que los pacientes controlen su propio curso tanto como sea posible.

Escuche las palabras descriptivas del paciente acerca del tipo de dolor; ellas proporcionan pistas valiosas en cuanto a su etiología. Averigüe las características temporales incluso el comienzo, la duración y la variación diurna del dolor. Haga preguntas acerca de los dolores críticos, repentinos o episódicos, que representan un aumento transitorio del dolor el cual se desarrolla además del dolor persistente ya existente. Algunos pacientes podrían presentar dolor episódico sin el persistente. *La ubicación*, pida al paciente que indique la ubicación exacta del dolor en su cuerpo o en un diagrama del cuerpo y pregunte si el dolor se extiende.

*La intensidad o severidad, anime al paciente a que mantenga un diario de los grados de intensidad del dolor para que rinda un informe durante las visitas de seguimiento o por teléfono. Ejemplos de simples escalas para informes personales de la intensidad del dolor incluyen la escala simple, la descriptiva, la numérica y la análoga visual. Pídale al paciente que identifique los factores que le causan mayor dolor y también qué cosa le alivia el dolor.*

Fíjese en la conducta que indique dolor en los pacientes que están incapacitados cognitivamente o que tienen problemas para comunicarse debido a su educación, idioma, grupo étnico o cultural. Ha quedado bien establecido que los representantes de los pacientes dan cuenta de un mayor grado de dolor que los pacientes en sí. Los trastornos cognitivos en sí, así como el grado de este, podrían incidir en el autoinforme del paciente sobre el dolor. Datos preliminares indican que grados leves de trastorno cognitivo están relacionados con un aumento en la intensidad del informe del dolor en aquellos pacientes de edad avanzada que reciben cuidados en un hospicio. En contraste, los residentes de asilos de ancianos que sufren de trastornos cognitivos tienden a informar menos sobre su condición dolorosa. Use instrumentos apropiados, adaptados al grado educativo del paciente (por ejemplo, más sencillos o lenguaje claro) de evaluación del dolor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) ha establecido una jerarquía de tres niveles para el control del dolor, el cual consiste de un enfoque ascendente según la severidad del mismo:

El primer nivel se puede omitir en aquellos pacientes que presentan al comienzo un dolor que va de moderado a severo en beneficio del nivel 2 o 3. En cada nivel se puede considerar el uso de un fármaco o tratamiento adyuvante como la radioterapia en determinados pacientes. (p. 25).

Si el dolor persiste o tiende a agravarse a pesar de aumentos adecuados en las dosis, entonces se debe pasar a un analgésico de segundo o tercer nivel. La mayor parte de los pacientes de cáncer requieren analgésicos de nivel 2 o 3. Las recomendaciones de la OMS se basan en la disponibilidad de drogas en el mundo entero y no estrictamente en la farmacología.

Los analgésicos se deben administrar de forma oral, en sus horarios correspondientes, en el nivel indicado y acorde a las circunstancias individuales del paciente. Esto requiere de una administración regular del analgésico, no solamente cuando se necesite. Además debe añadirse una dosis de rescate para cuando el dolor agudice. Se prefiere la vía oral siempre y cuando el paciente pueda tragar. El régimen analgésico deber reajustarse a las circunstancias específicas del paciente y su condición física.



El personal de enfermería debe valorar cualitativamente el dolor considerando su localización, duración, intensidad y tipos de analgésicos prescritos. Una persona que tiene cáncer no debería tratar de ser fuerte y tolerar el dolor u otros síntomas. El hacerlo podría tener un efecto perjudicial en el estado físico y emocional de la persona. Por este motivo, el paciente con cáncer debe hablarle a su médico acerca de cualquier síntoma que tenga.

El dolor es uno de los síntomas más comunes que experimenta una persona que tiene cáncer. Aun si es grave, el dolor casi siempre puede controlarse con medicamento. Cada persona responde al dolor de un modo diferente. El médico hará un plan para el manejo del dolor que reúna las necesidades de la persona. Los calmantes para el dolor pueden administrarse por la boca (en forma líquida o de píldora) o a través del recto (supositorios). También pueden administrarse a través de la piel en parches transdérmicos o inyectarse en la piel, un musculo o vena. El proveedor de cuidados debe saber que el dolor crónico presente debe tratarse con un horario regular. Es importante no esperar hasta que la persona sienta el dolor antes de darle la siguiente dosis, incluso si esto significa despertar a la persona en el medio de la noche.

Para algunas personas, el médico puede prescribir un medicamento opiáceo tal como morfina o codeína para aliviar el dolor. Los medicamentos opiáceos con frecuencia causan constipación, es decir, dificultad para hacer que el estómago se mueva; por lo tanto, la persona con cáncer puede necesitar tomar otro medicamento de forma continua para prevenir este efecto secundario común. La persona que tiene dolor puede estar preocupada de hacerse “adicta” a un medicamento opiáceo para el dolor. Sin embargo, la adicción a medicamentos es muy rara en las personas que tienen cáncer.

Pueden tomarse varios intentos para que el médico encuentre la forma más efectiva para aliviar los síntomas del dolor. La persona que tiene dolor no debe sentirse decepcionada si un enfoque particular no funcionó. El médico necesita saber acerca de las preferencias de la persona para manejar los síntomas del dolor de la misma. Fauci, A y Otros (1994) expresa “Ayudar a dirigir el curso de su cuidado puede ayudar a la persona que tiene cáncer a sentirse más en control de la situación” (p.445). Para las investigadoras, dentro de los principales cuidados paliativos, el control o manejo del dolor debe ser prioritario.

El dolor es además un problema para el paciente, ya que puede ser grave, muy intenso y causar molestia y sufrimiento; puede incluso provocar

incapacidad para realizar las actividades normales de cualquier persona, incluso aquellas recreativas o laborales, esenciales para la adecuada salud mental. El dolor es también un problema físico, psicológico y social, que puede afectar el desenvolvimiento y conducta normal de un individuo.

La importancia fisiológica del dolor es que tiene un significado biológico de preservación de la integridad del individuo, es un mecanismo de protección que aparece cada vez que hay una lesión presente o parcial en cualquier tejido del organismo, que es capaz de producir una reacción del sujeto para eliminar de manera oportuna el estímulo doloroso. Por estas razones instintivas, los estímulos de carácter doloroso son capaces de activar a todo el cerebro en su totalidad y poner en marcha potentes mecanismos que están encaminados a una reacción de huida, retiramiento, evitación y/o búsqueda de ayuda para aliviarlo. Sin embargo, en este sentido Fernández, A (1996) refiere:

El dolor es entonces un mecanismo de alerta que indica al individuo la posibilidad de daño inminente o manifiesto, de mal funcionamiento del propio organismo; está encaminado para que el individuo considere esto y busque auxilio. Se han realizado diversas clasificaciones del dolor, las cuales son variables dependiendo del autor, pero básicamente podemos definir dos modalidades: dolor agudo (<6 meses) y dolor crónico (>6 meses). (p.146)

El dolor agudo se percibe de 0.1 segundos después del contacto con el estímulo doloroso; el impulso nervioso generado viaja hacia el sistema nervioso central a través de fibras de una alta velocidad de conducción ( $A\delta$ ). Dura segundos, minutos o incluso días; pero, generalmente desaparece cuando la afección que lo origina llega a término. En la mayor parte de las ocasiones es producido casi no se percibe en algún tejido profundo del organismo.

El dolor crónico tarda 1 segundo o más en aparecer y aumenta lentamente su frecuencia e intensidad durante segundos, minutos o varios días, persiste más allá del tiempo razonable para la curación de una enfermedad aguda, por lo que se le asocia a un proceso patológico crónico que provoca dolor continuo; se relaciona con las estructuras del cuerpo; no está bien localizado y es capaz de producir un sufrimiento continuo e insoportable.

Otra modalidad para clasificar el dolor es de acuerdo a la presencia de dos vías para la conducción de los impulsos dolorosos (lenta y rápida), esta clasificación explica la observación fisiológica de la existencia de dos tipos de dolor. Un estímulo doloroso produce una sensación precisa y localizada

seguida de una sensación sorda, difusa y desagradable. El dolor rápido se ha asociado con las fibras tipo Ad y las de tipo lento con las fibras C.

## **Signos y Síntomas**

En los enfermos terminales, la nutrición es un problema importante, desde el punto de vista clínico y ético. Desde el punto de vista clínico, la anorexia terminal es una fuente de inquietud para el paciente, su familia y el equipo terapéutico. Esta inquietud conduce a dos opciones posibles.

La interrupción de los procedimientos terapéuticos (lo que también puede ser discutible). La anorexia/caquexia es un síndrome complejo, que combina: pérdida de peso, lipólisis, pérdida de músculo, pérdida de proteínas viscerales, anorexia, astenia y abatimiento.

Este síndrome es común en pacientes con enfermedad neoplásica avanzada y SIDA, según lo expresa Saunder, C. (1980). “La anorexia (pérdida de peso y saciedad precoz), es la incapacidad para comer normalmente. Algunas de las causas de anorexia son reversibles, pero es importante comprender que la anorexia progresiva también forma parte del proceso natural de la enfermedad” (p.64)

Los síntomas respiratorios aparecen con frecuencia en los enfermos terminales y su incidencia aumenta a medida que avanza la enfermedad. Estos síntomas tienen una gran importancia en este tipo de enfermos, ya que tiene un prevalencia relativamente alta y son síntomas que suelen asociar a una ansiedad importante para el paciente y la familia, por esto, el manejo terapéutico de estos pacientes no solo debe reducirse al tratamiento farmacológico, sino que se deben realizar medidas dirigidas a disminuir la ansiedad de ambos, paciente y familia. Estas medidas cobran una gran importancia cuando se trata de la atención domiciliaria, por lo que el equipo terapéutico (sobre todo, el personal de enfermería) cobra un gran papel para conseguir un control clínico bueno.

Son variadas las complicaciones que pueden presentar los pacientes oncológicos cuando comienzan a presentar síntomas asociados a la enfermedad. En muchos casos empeoran los cuadros clínicos y ponen en riesgo la vida del paciente y alteran de forma significativa su calidad de vida así como de los familiares.

En relación a las complicaciones algunos autores señalan, como el caso de Berger, N. (1991) "el cáncer produce una enorme variedad de complicaciones oncológicas debido a la gran cantidad de tejidos que afecta, los lugares en que se manifiesta, los cambios metabólicos que provoca y la

diversidad se metástasis asociadas”. (p. 58). Los cuidados de enfermería para prevenir y tratar las complicaciones oncológicas son multifacéticos y difíciles en cualquier entorno clínico.

La disnea es uno de los síntomas que más miedo provoca en el paciente y a la familia, por otra parte el insomnio que padecen los pacientes con disnea es, casi siempre, rebelde al tratamiento farmacológico y suele deberse al miedo que tienen a morir asfixiados durante el sueño, por lo que es recomendable y muy efectivo un acompañamiento permanente con estos enfermos.

En caso de crisis de disnea, Porta, J. Palomar, C. Ramírez, M. Naudi, C. Simón, C. Jubero, M. Alfonso, V. y Colell, R. (2000) refieren que los profesionales de enfermería deben “transmitir confianza, tranquilidad y control de la situación para así disminuir el nivel de ansiedad que pueda estar exacerbando el cuadro disneico, colocar oxígeno si el paciente lo pide, administrar el tratamiento farmacológico pautado, durante la crisis evitar que el enfermo se quede solo, ya sea por la familia o el equipo de enfermería, mantener un ambiente tranquilo, ventilar la habitación del paciente, ya que psicológicamente necesitara una corriente de aire fresco (abrir la ventana, colocar un ventilador), colocar al enfermo en la posición más confortable para él: posición de sentado (habitualmente) o semisentado, ya que se aproveche

un volumen pulmonar mayor y se permite la utilización de la musculatura accesoria de la respiración, inducir la relajación, si es posible, del paciente, ya que disminuyen los episodios de pánico y la hipoventilación”, (p. 25).

El paciente puede encontrarse en cualquier punto del espectro, desde estar en alto riesgo de presentar alguna dificultad hasta las diversas manifestaciones de la misma (leve, moderada, grave.) existen impresionantes similitudes en estos pacientes a pesar de las marcadas diferencias individuales. Los pacientes oncológicos pueden presentar algunas complicaciones severas que les producen secuelas importantes, y las que hay que considerar al momento de realizar algún cuidado de enfermería.

López, E. (1998), define la hemoptisis como: “Expectoración de sangre procedente del árbol bronquial y su intensidad puede ser variable: esputo teñido de sangre o emisión de sangre en cantidades variables: hemoptisis leve, moderada o masiva” (p.176). Asimismo, la autora expresa que “La hemoptisis puede aparecer asociada a otros síntomas como tos, disnea, expectoración, dolor torácico. Las causas más frecuentes son: Bronquitis crónica, Bronquiectasias, Carcinoma broncogénico, Tuberculosis, Embolia pulmonar, Tratamiento con radioterapia” (p.176)



Otras complicaciones que se pueden presentar son la coagulación intravascular hipercalcemia, derrame pleural maligno, taponamiento cardiaco neoplásico, shock séptico, síndrome de la vena cava superior, síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética.

De los anteriores conceptos, las investigadoras infieren que la hemoptisis se presenta con secreción de sangre mediante el esputo y ocasiona además otras series de síntomas, los cuales se deben evaluar mediante la clínica del paciente para realizar las acciones pertinentes.

### **Administración del Tratamiento de los Pacientes Oncológicos:**

La enfermera responsable del tratamiento debe verificar siempre la superficie corporal, calcular las dosis, tener en cuenta los valores de laboratorio antes del tratamiento y el método de administración. Deben observarse los efectos secundarios que se pudieran producir después del tratamiento. De acuerdo con Mangan, S. (1999)

El tratamiento exitoso de los pacientes con complicaciones oncológicas requiere la experiencia de todos los miembros del equipo de atención de la salud, para esto es necesario un conocimiento profundo en oncología y muchas otras áreas relacionadas, como la inmunológica, la farmacología, el cuidado cardiopulmonar y la atención crítica. La labor que la enfermera desempeña como coordinadora de la atención del paciente es

fundamental para ayudarlo a él y a su familia a afrontar el impacto de la enfermedad en sus vidas. (p.42)

De acuerdo a lo anterior, en la medida en que el personal de salud, especialmente la enfermera tiene plenos conocimientos de las complicaciones que puede presentar un paciente oncológico mejorará la calidad del servicio que presta y por tanto contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida y salud del paciente. Es importante también las consideraciones que se deben tener para con el paciente con esta patología y en estado crítico, lo que se puede llamar paciente en fase terminal, donde lo importante es garantizar la mejor calidad de vida posible y una muerte digna.

Uno de los tratamientos más comunes en los pacientes oncológicos es la quimioterapia y el efecto secundario más común del mismo es la fatiga. Según Winningham, M. (1998) refiere: “La fatiga es un problema importante porque hace que los pacientes con cáncer se salten las dosis o se retiren de un tratamiento quimioterapéutico que puede curarlos” (p.15). Este concepto es importante para esta investigación porque enseña que las enfermeras deben estar pendientes cuando el paciente manifieste fatiga a fin de persuadirlo de no abandonar el tratamiento.

La administración de medicamentos por parte del profesional de enfermería, es una de las funciones más importante que éste proporciona al paciente, por lo tanto debe seguir ciertos pasos que según Kozier, B; Erb, G; Blais, K. y Wilkinson, J (1999) dicen que “los cinco puntos “correctos” de la administración de fármacos son; Fármaco correcto, Dosis correcta; Hora correcta, Vía correcta y Cliente correcto” (p.1377), de lo descrito se puede inferir que el profesional de enfermería debe conocer todos estos criterios para poder administrar el fármaco para evitar incurrir en iatrogenias. En cuanto a la farmacoterapia, los mismos autores manifiestan que:

La administración de medicamentos es una función terapéutica de la enfermera, que depende principalmente de las órdenes médicas. La prescripción se hace en una forma escrita, fechada y firmada por el médico. En caso de urgencia, los medicamentos se administran por orden verbal del médico, que se repite después por escrito y se firma como es debido. (p.145).

De lo antes mencionado, se puede decir, que se considera que lo mas seguro son las órdenes escritas, hay diferentes métodos de mantener al día el registro de las prescripciones médicas. El profesional de enfermería debe recordar que la orden escrita original es la principal fuentes de información, las mismas se copian en una hoja de tratamiento.

Al administrar un medicamento el profesional siempre debe comprobar con la orden original que está dentro de lo correcto. Para Brunner, L. y

Suddarth, D (1991) hay consideraciones importantes para la administración de medicamentos, tales como:

Las medicinas no deben mezclarse con grandes cantidades de alimentos o con los que se ingieran en forma regular, (ej. Leche).

No deben administrarse a la hora de la comida a menos que se indique específicamente.

Debe conocer lo siguiente sobre cada medicamento que administra: usos y dosis comunes, contraindicaciones, efectos secundarios y tóxicos.

Cuando se preparan inyecciones intramusculares, añadir 0,2mm de aire una vez que se ha llenado la jeringa con la cantidad correcta de solución, sirve para eliminar todo el medicamento de la aguja al inyectarlo y evita el flujo retrógrado y el depósito del medicamento en la grasa subcutánea al extraer la aguja. (p.1313).

Aunque no es responsabilidad del profesional de enfermería determinar la dosis de los medicamentos, está obligado a conocer los límites de seguridad de dichas dosis del fármaco que administra, los medicamentos se anotan en el expediente del enfermo, en cuanto se le administran. Deben ser anotados por la enfermera que los administró, en la nota se incluyen: nombre del medicamento, hora en que se administró, la dosis exacta,

método de administración y firma de la enfermera que se encargó de colocarlos.

### **Apoyo Emocional**

La terapia de apoyo comprende un conjunto de acciones que van íntimamente relacionados e integrada desde un orden farmacológico, y emotivo que al ser puesto en practica ayudaran al descanso del postoperado oncológico. Estas acciones dependen de los contenidos anteriormente explicados.

Desde ese orden, enfermería debe contar con la capacidad de observar inteligente y sistemáticamente como elemento básico para el reconocimiento del apoyo necesario. En ese sentido la terapia de apoyo debe contar con la ciencia biológica, física y social para poder diferenciar las características normales de las que no son y de esa manera identificar y descubrir las anomalías del dolor, y tener la habilidad de dar el apoyo. Me citado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999) “apoyo terapéutico debe seguir un plan lógico y terapéutico que corrobore el grado de reposo y comodidad en lo cual el paciente pueda mejorar su capacidad de funcionamiento” (p.201)

Para ello según los mismos autores se debe reconocer el estado emocional del paciente, hecho que puede ser expresado oral o verbalmente o por medio de actitudes sufrimiento innecesariamente. La evaluación inicial debe proporcionar una descripción detallada del tipo de dolor.

En ese sentido, se debe estudiar el estado emocional del paciente por medio del reconocimiento de los sentimientos, ejemplo, depresión (tristeza o melancolía) nerviosismo (irritación, intranquilidad y/o molestia, enojo) todo ello como consecuencia de las condiciones patológicas presentes. Esto implica el reconocimiento del estado ansioso o depresivo en el paciente y desde ese orden propician el apoyo.

Para ello enfermería puede hacer uso de grupos y/o familiares del paciente como también otros pacientes de la salud, para que por medio de la interrelación comunicacional expresen apoyo mutuo y compartan experiencias: dice Dugart, citado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998) “reconocer por medio de la conducta del paciente emocionales en relación a la necesidad de apoyo terapéutico implica la capacidad por parte de enfermera de comunicar por medio del dialogo, tacto, entre otros, hecho que promoverá la capacidad del dialogo entre los grupos” (p.706).

Evidentemente, en la comunicación se produce un intercambio de información entre los familiares de los enfermos oncológicos y los profesionales de enfermería con el fin de elaborar un proceso de atención recalando signos y síntomas, como la comprensión y la emoción de éstos para proporcionar una acción terapéutica eficaz.

Según Kozier, B. Erb, G. Blais, K. y Wilkinson, J (1998) la comunicación “es cualquier modo de intercambiar información o sentimientos entre dos o mas personas constituye un componente básico de la relación enfermera-paciente”, (p.380). De lo referido por los autores se puede inferir, que el profesional de enfermería debe tener como base para la relación de ayuda la comunicación como componente básico. Los mismos autores señalan que:

La comunicación es importante en la ejecución de actuaciones del profesional de enfermería, de alta y baja visibilidad...es necesaria para dar apoyo emocional o educar al enfermo en familia, así como para ejecución de procedimientos asistenciales básicos de enfermería. (p.225).

La comunicación juega un papel importante, tanto la comunicación verbal como la no verbal, la cual facilita una efectiva interrelación entre el profesional de enfermería y los familiares y los enfermos oncológicos. En la relación de ayuda se debe establecer una comunicación verbal caracterizada

por palabras sencillas, tono de voz adecuado, congruencia, respeto, preguntas y respuestas claras y una comunicación no verbal manifestada por gestos corporales que cubran los requerimientos familiares de los pacientes oncológicos.

Como puede evidenciarse la definición dada por los autores citados permite identificar de manera clara que la comunicación es la vía más simple de transmisión de información, es parte importante en la práctica del profesional de enfermería el que debe estar preparado en el uso de técnicas de comunicación en el desarrollo de los cuidados.

De acuerdo a lo expresado por Giordani, B (1998) refiere

Es necesario que el profesional de enfermería demuestre interés y estima de manera incondicional, creando así un clima donde el enfermo pueda sentirse agradablemente libre de presentarse tal como es, con la certeza de ser acogido y aceptado (p.257).

Como lo sustenta el autor, el respeto cálido o caluroso es una posición que el profesional de enfermería debe reconocer ante cada enfermo parapléjico como ser único en su forma de estar, sentir, aceptar, adaptarse, a su limitación entre otras cosas, debe llamarlo o tratarlo por su nombre, respetar sus opiniones, reconocerlo como persona, ya que es único en su



forma de ver el mundo y de esta manera es digna de interés y merece reconocimiento y valoración.

Por otra parte, el profesional de enfermería debe explicar al paciente y familiares los procedimientos que va a efectuar, informarle qué tipo de tratamiento va a administrar y porqué. Impartir información al paciente y al familiar para manejar los síntomas de la enfermedad durante y después de la estadía del paciente, indicar al paciente y familiar qué debe hacer en caso de presentarse una emergencia.

La información que se brinda al paciente y a la familia se enfoca desde dos puntos de vista diferentes en la medicina actual, una forma es clara y directa quizás con posibles repercusiones emocionales negativas, a veces el derecho a la información se transforma en un deber (en algunos países el enfermo se ve obligado a encararse no solo con el diagnóstico y las posibilidades de tratamiento, sino también con el pronóstico y por otro lado, es omitir o negar ante el paciente los aspectos negativos de la enfermedad en ocasiones porque el propio enfermo no desea recibir esta información.

La escucha con atención significa absorber el contenido y el sentimiento que trasmite la persona sin hacer una selección. Quien escucha

no escoge o escucha solamente lo que quiere oír, el profesional de enfermería se debe centrar en las necesidades, y mostrar interés por su estado de salud y mantener acercamiento físico con el enfermo amputado. La escucha activa es un elemento importante, al respecto, Bermejo, J (1997) plantea:

La forma más visible y clara de acogida y aceptación en la escucha activa, escuchar activamente consiste en utilizar todos los sentidos para captar la experiencia de quien se comunica. Por eso, no se escucha únicamente con los oídos sino también con la mirada receptiva, con el contacto corporal acogedor, con la proximidad física adecuada, con la atención al lenguaje no verbal del paciente, con la lectura antes de su silencio, con la atención al paralenguaje. (p.16)

De allí, la importancia de escuchar los problemas, intereses e inquietudes de los enfermos oncológicos y sus familiares, proceso que debe utilizar el profesional de enfermería a comunicarse y establecer una efectiva ayuda a los enfermos oncológicos y su familia.

En ocasiones persisten este tipo de necesidades emocionales, que interfieren con el funcionamiento diario, con la comunicación, con las relaciones productivas e incluso con la capacidad de tomar decisiones. Las personas cercanas al enfermo oncológico también pueden experimentar este tipo de necesidades emocionales y en estos casos es importante el apoyo de los profesionales del área de la salud, ya que éstos brindan un fuerte apoyo y

contribuyen a crear métodos de afrontamiento sano. El compartir con la enfermera puede crear un ambiente de apoyo suficientemente fuerte para disminuir necesidades emocionales y estimular el afrontamiento sano.

El tono de voz, tal como lo expresa Kron, T (2000), “el tono e inflexión del que habla, así como el volumen, la altura, la velocidad, la enunciación y la resonancia de la voz del hablante son factores que influyen en la facilidad de los demás para comprender el mensaje”, (p.65). Igualmente lo refiere Hunsaker y Alexandra citados por Leddy, S. y Pepper, J (2003) cuando señalan que

Las cualidades de la voz son determinantes de la eficacia de la comunicación: la resonancia (intensidad), ritmo (flujo, velocidad), velocidad (rapidez), tono (alto o bajo), volumen (fuerza), inflexión (cambio en el tono de la voz) y claridad, capacidad de enunciación, (p.274).

Al respecto, O'Brien, M (1992) refiere que:

La voz de una persona puede ser agradable o desagradable (...) hay quien habla a gritos pensando que los demás la oirán mejor...otros hablan en forma monótona, independientemente de la naturaleza de su mensaje (...) algunos emiten sonidos chillones o guturales que otros encuentran ofensivos. (p.43).

Lo importante es que el profesional de enfermería verifique el tono de su voz, para determinar si es bajo o es alto al dar información a los pacientes

y así evitar interferencias en la comunicación.

De igual manera Kozier, B. Erb, G. Blais, K. y Wilkinson, J (1999) señalan: “el profesional de enfermería debe mostrar respeto por el enfermo, disponibilidad de tiempo y deseos de trabajar con él” (p.267).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003) dice que las personas son gregarias:

Es decir, disfrutan de la compañía de los demás. La capacidad de entrar en contacto y comunicarse con los demás miembros de la especie humana no sólo hace la vida más interesante y agradable si no que además es de esencial importancia para la vida cotidiana. La demostración de apoyo promueve el proceso de socialización del paciente entre los demás, enfermera equipo de salud y familiares de los pacientes (p.86).

De manera clara la referencia expresa de la necesidad presente en el ser humano de tener compañía, ello da pie para considerar dentro de la asistencia de enfermera incluir la expresión, gesto y el hablar como parte de gran relevancia en el apoyo dado al paciente.

Así mismo, la familia es la fuente más importante de apoyo durante todo el proceso de la enfermedad del paciente, pero para ser más eficaz necesita información, ayuda para aprender a manejar sus miedos y

emociones y mucha comprensión para ejercer adecuadamente su papel de manto protector del enfermo. Requiere una información clara sobre la enfermedad, su evolución probable, los cuidados en los que pueden intervenir, cómo mejorar la interrelación personal y acogerse a los diversos apoyos tanto de tipo físico, emocional y económico que existen en su comunidad. Un buen soporte a la familia en la terminalidad pretenderá cubrir los siguientes aspectos, según Astudillo, W. y Mendinueta, C (2002)

- Permanecer con el enfermo
- Redistribuir las funciones del enfermo
- Mantener el funcionamiento del hogar
- Aceptar la situación del enfermo, su creciente debilidad y dependencia
- Recibir ayuda para atender al enfermo
- Seguridad de que su familiar va a morir confortablemente.
- Recibir soporte de otros familiares y del equipo
- Facilitar la actuación del equipo y del voluntariado
- Acompañamiento en el proceso de duelo. (p.14)

De acuerdo a la enfermera el apoyo emocional se basa en la expresión y el dialogo ante enfermera y paciente. Este segmento requiere la demostración de afecto así como la capacidad que afecte en función para estar en contacto y comunicarse con todos los pacientes del área por tanto la enfermera pudiera en momento ser silenciosa pero sin embargo sus expresiones pudieran expresar sentimiento de ideas evitar ser evasiva.

Significa el alcance una postura normal y de solidaridad tanto para el paciente como para familiares y grupos de amigos.

## **SISTEMA DE VARIABLE**

**Variable:** Cuidados Paliativos

**Definición Conceptual:** Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), los Cuidados Paliativos “son la atención específica, activa e integral que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades”, (p. 2).

**Definición Operacional:** son las acciones que aplica el profesional de enfermería a fin de aliviar el dolor del enfermo oncológico.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

**Variable:** Cuidados Paliativos

**Definición Operacional:** son las acciones que aplica el profesional de enfermería a fin de aliviar el dolor del enfermo oncológico.

Dimensión	Indicadores	Sub indicadores	Ítems
<p><b>Manejo del dolor:</b> Si se identifican las características del dolor, se podrán determinar las medidas más adecuadas para aliviarlas</p>	<p><b>Valoración del dolor:</b> se refiere a las actividades que realiza la enfermera a fin de valorar el dolor</p>	Identificación	1
		Localización	2
		irradiación	3
		Intensidad	4
		Atenuación	5
		Duración	6
		Signos y síntomas	7
	<p><b>Administración de drogas:</b> son las acciones que lleva a cabo de enfermería a fin de colocar el medicamento de manera correcta.</p>	Verifica dosis	8
		Dosis	9
		Hora correcta	10
		Vía correcta	11
		Paciente correcto	12
		Identifica inyectora	13
		Dilución del fármaco	14
	<p><b>Apoyo emocional:</b> ayudar mantener la esperanza y una actitud positiva, reconfortar con el contacto físico, crear un ambiente lo más agradable y familiar posible.</p>	Llama al enfermo	15
		Proporciona inf	16
		Escucha con atención	17
		Usa tono audible	18
		Dispone de tiempo	19
		Compañía	20
		Presencia de familiares	21



## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

En este capítulo se presenta el diseño metodológico, las estrategias, el método y los procedimientos pertinentes para alcanzar los objetivos propuestos.

#### **Diseño de la Investigación**

Esta investigación por sus características puede ubicarse dentro de las investigaciones de campo de carácter descriptivo. Al respecto la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, 2006), la define como aquella investigación que se caracteriza por "...la recolección de los datos por parte del investigador en el mismo lugar donde ocurren los acontecimientos, con la finalidad principal de explicar sus causas o efectos, entender su naturaleza o predecir su ocurrencia, gracias al análisis sistemático de un problema determinado" (p.5). En tal sentido, se realizó la observación directa de los hechos.

En cuanto al momento o punto en el tiempo en los cuales se recolectaron los datos, el estudio es de tipo transversal, definido por

Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P (1998) “...recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único”. (p.191); es decir se medirá la variable considerada, en un momento único en el tiempo

Por otra parte el estudio es contemporáneo, según Hurtado, J (2000) “es describir un evento que ocurre o se observa en un momento único del presente, utilizando fuentes vivas y observando el evento sin modificaciones” (p.234). De esta manera, al establecer los resultados que se desprendan de este estudio se tratará de que los mismos sirvan como punto de referencia para establecer las estrategias futuras que permitan consolidar las fortalezas y superar las debilidades reveladas.

### **Tipo de Investigación**

La presente es una investigación de tipo descriptiva, la cual es definida por Hurtado de B. J. (2007) como: “En la investigación descriptiva el propósito es exponer el evento estudiado haciendo una enumeración detallada de sus características”, (p.101). De este concepto, las investigadoras obtienen que mediante la investigación descriptiva se expone o describen las características del hecho que se estudia, en este caso lo relativo los cuidados de enfermería que reciben los pacientes del Servicio de Cuidado Paliativo del Hospital “Dr. Luis Razzetti”

## **Población**

Según Hurtado de B. J. (2007), “el conjunto de seres que poseen las características o evento a estudiar y que se enmarcan dentro de los criterios de inclusión conforman la Población” (p.140). En este sentido, las investigadoras identificaron para su investigación a quince (15) profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Dr. Luis Razzetti”, ubicado en Caracas Distrito Capital.

## **Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Para llevar a efecto la investigación, se utilizó como técnica la observación que según Flames, A. (2003), “es la acción de utilizar los sentidos para estudiar un problema de investigación. La observación puede tomar cuatro modalidades: (a) observación participante, (b) Observación no participante, (c) Observación planificada y (d) observación no planificada” (p.35). Las investigadoras utilizaron la investigación planificada que, según el mismo autor, “es cuando un investigador previamente establece un plan de trabajo con los aspectos a observar” (p.35).

El instrumento utilizado para registrar lo observado fue la lista de cotejo que es definida por Hurtado de B. J. (2007) “Consiste en un listado de aspectos a observar, con un cuadro para marcar sí cada uno de ellos se

encuentra presente. Sí está ausente el cuadro queda en blanco” (p.161). Efectivamente, las investigadoras diseñaron este instrumento en el cual los aspectos a observar que se relacionaron fueron los de cuidados de enfermería y las estrategias y técnicas psicológicas en función del bienestar de los pacientes. Es de hacer notar que en estos instrumentos no se dan los nombres de las profesionales de enfermería estudiadas, limitándose las investigadoras a identificarlas con un número.

### **Validez y confiabilidad**

En relación a la validez Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P (2002) señalan: “se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”. (p.243) La validez debe considerar el contenido (dominio específico de contenido de lo que se mide), el criterio (comparación con criterios internos) y de constructo (grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones, constructos teóricos).

La confiabilidad es el criterio que permite evaluar cuantitativamente la eficacia de un instrumento de medición o recolección de datos. Según Pólit, D; Hungle, B (2000) “la confiabilidad de un instrumento es el grado de congruencia con que mide el atributo para el que esta diseñado”, (p.393). La confiabilidad del instrumento, será obtenida mediante los resultados

recabados de su aplicación bajo la modalidad de prueba piloto. Con la finalidad de conferirle confiabilidad al instrumento guía de observación, se realizó la confiabilidad entre observadores o el grado de acuerdo ínter observadores según Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1.998):

$$AO = \frac{\text{El número de acuerdos}}{\text{Número de acuerdos + número de desacuerdos}}$$

Los investigadores procedieron a realizar en un único momento las observaciones, utilizando el guión de observación. El coeficiente de confiabilidad reportado fue de 0,9 (va anexo).

## Procedimientos para la recolección de datos

A continuación se presentan los procedimientos que se emplearán para el desarrollo de esta investigación:

1. Se elaboró el instrumento de recolección de datos de acuerdo a la operacionalización de variables realizada.
2. Se procedió a la validación por juicio de expertos para obtener su validez de constructo y contenido.
3. Se procedió a la aplicación del instrumento en prueba piloto y se incorporarán los aspectos derivados del análisis de los datos recabados de la ejecución de dicha prueba.

4. Se procedió a la tabulación de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento administrado a las mujeres con cáncer del cuello uterino que participarán en el estudio.

6. Se analizaron los resultados obtenidos previa la elaboración de los gráficos correspondientes.

### **Técnica del Análisis de los Resultados**

Para analizar los datos que resultaron de la aplicación del instrumento, se empleará la técnica estadística porcentual. Los cuales serán demostrados a través de medios distribuidos en frecuencia absoluta y porcentual de cada uno de los ítems correspondientes relacionados con el tema investigado.

## **CAPÍTULO V**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

En este momento de la investigación se presentan los resultados obtenidos a través del análisis estadístico realizado. Con tal finalidad se llevaron a cabo los procedimientos y cálculos necesarios para establecer la tendencia global de la información obtenida, según respuestas a los indicadores, indicadores y la variable en estudio. En este sentido, se procesó dicha información, para lo cual se calcularon las frecuencias de las características del grupo con porcentajes simples, las cuales se presentan en cuadros de distribución de frecuencias y gráficos de barra.

**Tabla N° 1.** Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizada a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Valoración. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti” de Cotiza. Primer semestre de 2010.

		SI		NO		TOTAL	
		fa	%	fa	%	fa	%
1	Valora aparición de dolor	15	100	0	0	15	100
2	Localización	15	100	0	0	15	100
3	Irradiación	12	80	3	20	15	100
4	Intensidad	12	80	3	20	15	100
5	Atenuación	8	53	7	47	15	100
6	Duración	9	60	6	40	15	100
7	Concomitantes	6	40	9	60	15	100

**Fuente:** Guía de Observación aplicada

La tabla N° 1 expresa la distribución absoluta y porcentual de las observaciones efectuadas a los profesionales de enfermería para identificar los cuidados que aplican en cuanto a la valoración del dolor. Se puede evidenciar que con respecto al ítem N° 1 valora el momento de aparición del dolor y N° 2 pregunta al enfermo la localización del dolor, la totalidad de los profesionales observados cumple con estas acciones de cuidado. En los ítems N° 3 y 4 referidos a la valoración de la irradiación del dolor y la intensidad del mismo se pudo observar que el 80 % de la población cumple con los mismos mientras que solo el 20% restante obvia estos cuidados. En el ítem N° 5, solo el 53% pregunta al enfermo que le produce atenuación del dolor mientras que el 47% restante obvia esta práctica, en el ítem N° 6 se obtuvo como resultado que el 60% de los observados interroga al enfermo

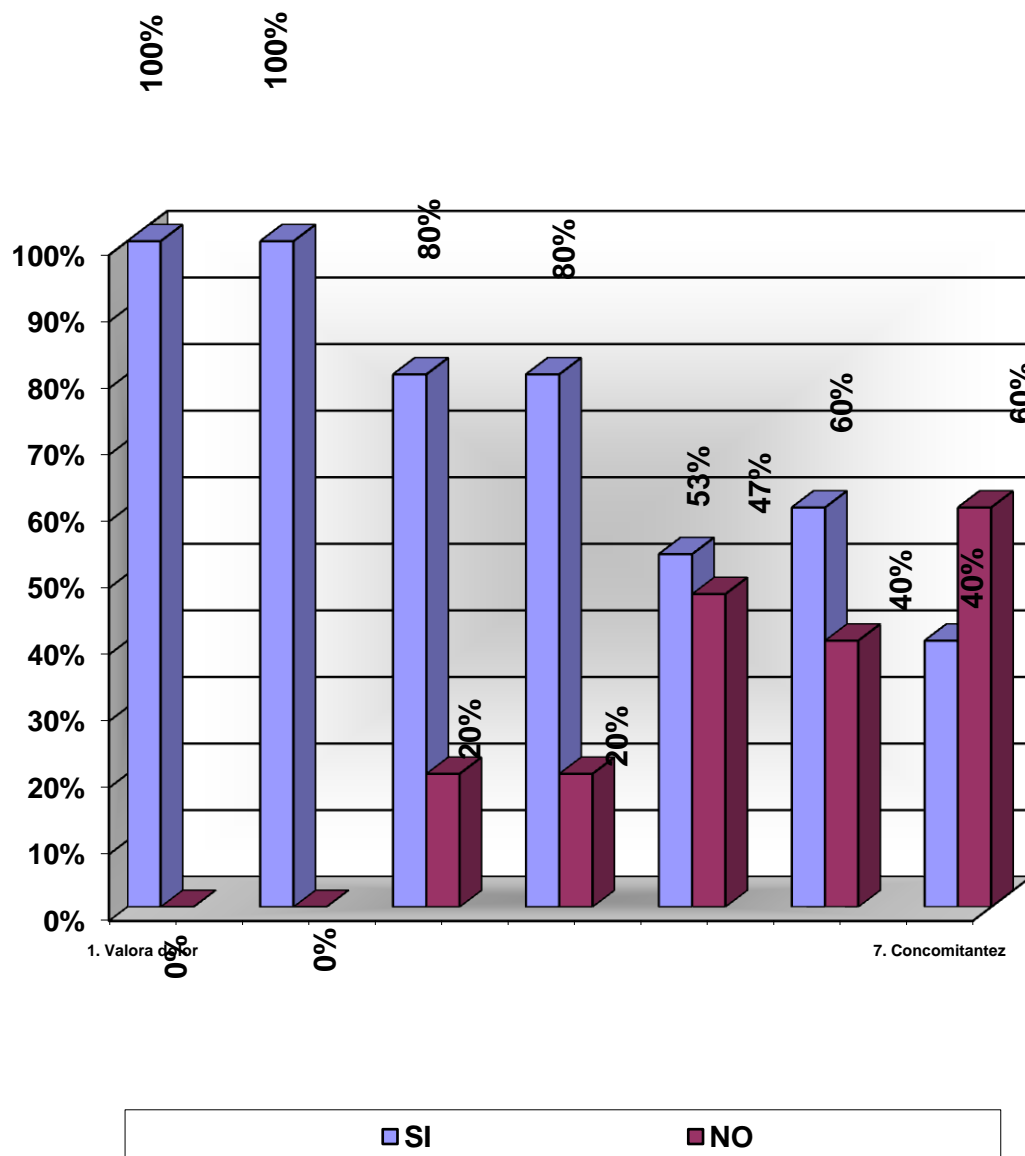


sobre el tiempo que dura el dolor el 40 % no lo hace y en el ítem N° 7 sobre interrogar al enfermo para identificar signos y síntomas concomitantes con el dolor solo el 40% efectúa este cuidado mientras que la mayoría 60% lo ignora.

Los resultados anteriores denotan que si bien la mayoría de los profesionales observados realizan la valoración del dolor existe un porcentaje minoritario que no efectúa la misma, situación esta preocupante por cuanto el dolor en el enfermo oncológico es considerado como una prioridad en los cuidados paliativos debido a que es un síntoma complejo, multidimensional y subjetivo. En su inicio y mantenimiento influyen factores diversos que proceden del mundo de los estímulos físicos pero también del intelecto y las emociones.

El dolor es además un problema para el paciente, ya que puede ser grave, muy intenso y causar molestia y sufrimiento; puede incluso provocar incapacidad para realizar las actividades normales de cualquier persona, incluso aquellas recreativas o laborales, esenciales para la adecuada salud mental. En este sentido es fundamental que el profesional de enfermería valore cualitativamente el dolor considerando su localización, duración, intensidad, concomitantes, atenuación entre otros aspectos para realizar un cuidado individualizado orientado a proporcionar el máximo alivio del dolor.

**Gráfico N° 1.** Distribución porcentual de las observaciones realizada a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Valoración. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti” de Cotiza. Primer semestre de 2010.



Fuente: Cuadro N° 1

**Tabla N° 2.** Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Administración de Drogas. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti” de Cotiza. Primer semestre de 2010.

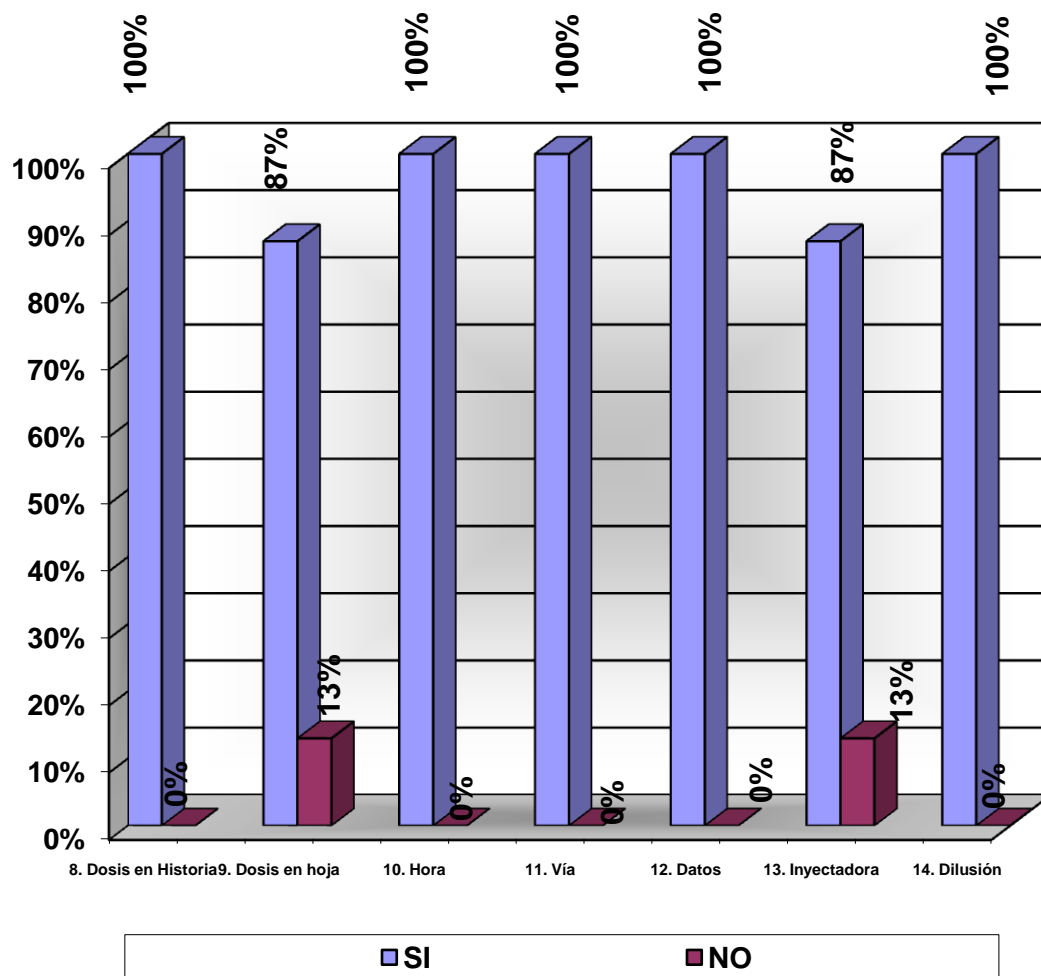
N°	Ítemes	SI		NO		TOTAL	
		fa	%	Fa	%	Fa	%
8	Verifica dosis en Historia Clínica	15	100	0	0	15	100
9	Verifica dosis en hoja de tratamiento	13	87	2	13	15	100
10	Administra según hora indicada	15	100	0	0	15	100
11	Verifica vía de administración	15	100	0	0	15	100
12	Verifica datos del paciente	15	100	0	0	15	100
13	Identifica inyectora	13	87	2	13	15	100
14	Diluye medicamento	15	100	0	0	15	100

**Fuente:** Guía de Observación aplicada

En el cuadro N° 2 se expresan los resultados obtenidos al realizar las observaciones a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos en su dimensión, manejo del dolor e indicador, administración de drogas, a tal efecto se consideraron siete ítems en la hoja de observación. En los ítems N° 8, N° 10, N° 11, N° 12 y N° 14 respectivamente, referidos a la verificación de la dosis del medicamento en la historia clínica, administración según la hora indicada, verificación de la vía de administración, verificación de datos del paciente y dilución de la morfina en solución fisiológica se destaca el hecho de que la totalidad de los profesionales cumple con las mencionadas prácticas, en cuanto a verificar dosis en la hoja de tratamiento ítem N° 9 e identificar la inyectora ítem N° 13 el 87% cumple con las mismas.

Estos resultados son satisfactorios pues evidencian que los profesionales observados conceden gran importancia a la administración de drogas para alivio del dolor bajo criterios de seguridad.

**Gráfico N° 2.** Distribución porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Administración de Drogas. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico "Dr. Luís Razetti" de Cotiza. Primer semestre de 2010.



Fuente: Cuadro N° 2

**Tabla N° 3.** Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Apoyo Emocional. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti” de Cotiza. Primer semestre de 2010

N°	Ítemes	SI		NO		TOTAL	
		fa	%	fa	%	fa	%
15	Llama al enfermo por su nombre	14	93	1	7	15	100
16	Proporciona información	15	100	0	0	15	100
17	Escucha con atención	14	93	1	7	15	100
18	Usa tono audible	15	100	0	0	15	100
19	Dispone de tiempo	8	53	7	47	15	100
20	compañía	5	33	10	67	15	100
21	Presencia de familiares	15	100	0	0	15	100

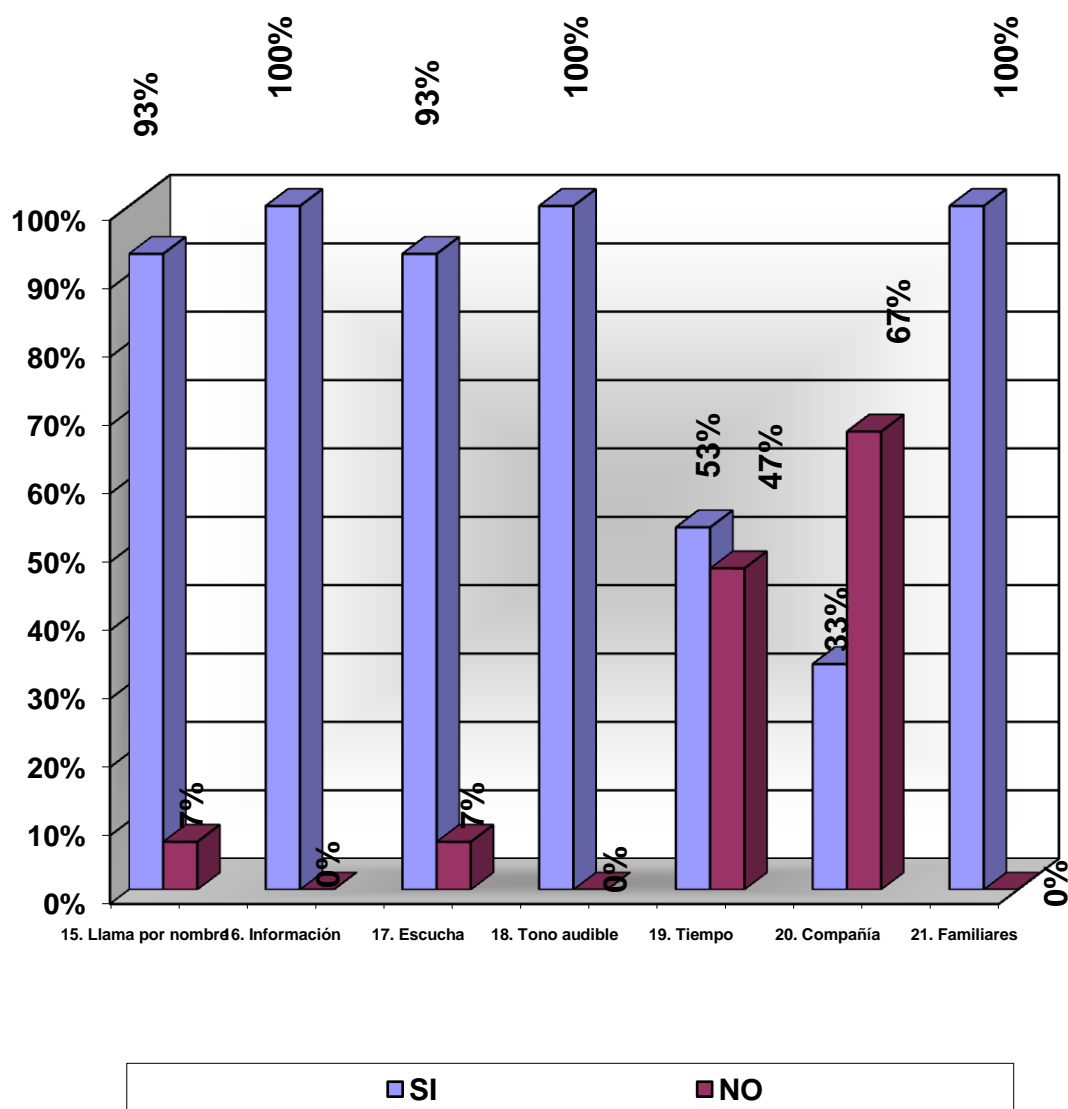
**Fuente:** Guía de Observación aplicada

En el cuadro N° 3 se presentan los resultados de las observaciones realizadas a los Profesionales de Enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión, manejo del dolor e indicador, apoyo emocional. Se consideraron ocho ítems. En el N° 15 y N° 17 referidos respectivamente al llamado del paciente por su nombre y a escuchar con atención sus inquietudes se encontró que la mayoría, 93%, lo hace el 7% restante no lo hace, con respecto a los ítems N° 16, N° 18 y N° 21 referidos a si proporciona información en palabras sencillas y se comunica en tono audible con el enfermo, permitir la presencia de familiares cerca del paciente se evidenció que la totalidad de la población observada cumple con estas acciones de cuidado. En el ítem N° 19, se observó que el 53% dispone de tiempo para que el paciente al plantee inquietudes mientras

que el 47% no dispone. En el ítem N° 20, el 33% de los profesionales brinda compañía al paciente mientras que el 67% no lo hace.

Se observa en los siguientes resultados de manera satisfactoria que la mayoría de la población estudiada cumple con acciones de apoyo emocional al paciente oncológico, pero llama la atención que no disponen de tiempo para escuchar o hacer compañía al enfermo, se infiere que esto puede deberse a la elevada carga de trabajo de estos profesionales. El apoyo emocional es un aspecto fundamental en los cuidados paliativos por cuanto se considera al enfermo en su dimensión de persona holística que emocionalmente se ve afectado por el tratamiento y la enfermedad y necesita de un trato atento del profesional de enfermería.

**Gráfico N° 3.** Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca de los cuidados paliativos que aplican a los pacientes oncológicos. Dimensión: Manejo del Dolor e Indicador: Apoyo Emocional. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti” de Cotiza. Primer semestre de 2010



Fuente: Cuadro N° 3

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

Los profesionales de enfermería en su mayoría al brindar cuidados paliativos a los pacientes oncológicos referidos a manejo del dolor e indicador Cumplen con las acciones requeridas para la valoración de enfermería aun cuando se observo que un grupo importante no considera la atenuación, duración del dolor y signos y síntomas concomitantes

Un alto porcentaje de los Profesionales de Enfermería cumplen con las precauciones al administrar drogas a los pacientes oncológicos.

Los profesionales de enfermería en su mayoría proporcionan apoyo emocional al paciente oncológico que recibe cuidado paliativo no obstante disponen de poco tiempo para hacerle compañía

#### **RECOMENDACIONES**

Presentar los resultados de la presente investigación a las autoridades del Hospital Oncológico “Dr. Luís Razetti”.

Realizar investigaciones de mayor complejidad sobre el tema de estudio y establecer relaciones causales.



Promover entre los profesionales de enfermería la atención integral del enfermo oncológico mediante los cuidados paliativos.

Solicitar a la gerencia de enfermería la actualización del personal sobre los cuidados paliativos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASTUDILLO W., MENDINUETA C. (2002) **Cómo ayudar a la familia en fase terminal**. Editado por la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2ª edición. San Sebastián.
- BEKELE L, HANSON L et al. (2004) **Complementary and Alternative medicine use by patients enrolled onto phase I clinical trials**. J Clin Oncol; 22: 4810-15
- BERGER, A. Y FARR, L (1999) **The influence of daytime inactivity and nighttime restlessness on cancer-related fatigue**. Oncology Nursing Forum 26 (10): 1663-1677.
- BERMEJO, J (1997) **Humanización y relación de ayuda en Enfermería**. Editorial Sal Térrea – Santander Polígono de Raos.
- INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER (2002) **"Trastornos del sueño"** is redistributed by University of Bonn, Medical Center.
- KRON, T. (2000) Manual de Enfermería. 4ta Edición Interamericana. México
- LEDDY, S. Y PEPPER, J (2003) Bases conceptuales de la enfermera profesional. 1ª edición. OPS.
- LEVIN, R. (2004) **Cuidados Paliativos: Principios generales**. En: Bruera, E.; De Lima, L. (eds.) **Cuidados paliativos guías para el manejo Clínico**. OPS/IAHPC, Washington.
- O'BRIEN, M (1992) Comunicación y relaciones en enfermería. 1ª edición. Manual Moderno. México.
- PEIFFER, C. POLINE, J. Y THIVARD, L (2001) et al. **Neural substrates for the perception of acutely induced dyspnea**. Am J Respir Crit Care Med 2001;163:951-57.
- PORTA J, PALOMAR C, RAMIREZ M, NAUDI C, SIMÓN C, JUVERO M, ALFONSO V, COLELL R. (2000) **La situación agónica: consideraciones sobre su manejo**. Medicina Paliativa 1(2):15-25.

RODRÍGUEZ, N. RUIZ, Y Y CARVAJAL, A (2007) **Conocimientos sobre cuidados paliativos (físicos, psíquicos y espirituales) de familiares de pacientes oncológicos y determinar el grado de satisfacción con la atención brindada por el equipo de salud en el policlínico "Octavio de la Concepción y la Pedraja", Municipio Camajuaní, Provincia Villa Clara en el período de junio 2005-enero de 2006.** Knowledge on palliative care of oncologic patient's relatives. *Rev Cubana Enfermería v.23 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2007*

SÁNCHEZ, Y. (2008) **"Programa Educativo de Atención Domiciliaria en Cuidados Paliativos Dirigidos al Cuidador Informal de Enfermos en Estado Terminal Afiliados a Instituciones de Servicio de Salud Domiciliarios en los Municipios Iribarren y Palavecino del Estado Lara"** para optar a la Maestría en Salud pública en la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" Decanato de Ciencias de la Salud.

SAN MATÍN, P (2009) **Técnicas de relajación, Educación Física. Entrenamiento. Hipnosis. Tensión. Medicina alternativa. Acupuntura. Equilibrio emocional Deporte, Educación Física, Juegos y Animación.** [html.rincondelvago.com/tecnicas-de-relajacion\\_1.html](http://html.rincondelvago.com/tecnicas-de-relajacion_1.html)

SAUNDERS, C. (1984) **The Philosophy of Terminal Care.** DC Saundres. **The management of Terminal Malignant Disease.** Londres, 232-234.

VADILLO, E Y CLIMENT, M (2007) **Comunicación en medicina Oncológica.** [www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com) o [www.elperiodicodelafarmacia.com](http://www.elperiodicodelafarmacia.com)

WINNINGHAM, M. NAIL, L Y BURKE, M. et al. (1998) **Fatigue and the cancer experience: The state of the Knowledge.** ONS Vol. 21: 23-24

## **Anexos**

## GUÍA DE OBSERVACIÓN

<b>Valoración del Dolor</b>			
<b>1</b>	Valora el momento de aparición del dolor	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>2</b>	Pregunta al enfermo la localización del dolor	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>3</b>	Valora si el dolor se irradia a otras áreas del cuerpo	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>4</b>	Valora la intensidad con que se presenta el dolor	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>5</b>	Pregunta al enfermo que le produce atenuación del dolor	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>6</b>	Interroga al enfermo acerca del tiempo que dura el dolor	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>7</b>	Interroga al enfermo para identificar signos y síntomas concomitantes con el dolor	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Administración de drogas</b>			
<b>8</b>	Verifica la dosis de droga a administrar en la historia clínica del enfermo	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>9</b>	Verifica la dosis de droga a administrar en la hoja de tratamiento	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>10</b>	Administra la dosis de droga según la hora indicada	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>11</b>	Verifica la vía de administración de la droga en la historia clínica	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>12</b>	Verifica nombre y ubicación del enfermo que va a recibir la dosis de droga	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>13</b>	Identifica la inyectora con los datos, tales como: paciente, N° de cama, medicamento, dosis y vía	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>14</b>	Diluye la morfina en solución fisiológica	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Apoyo Emocional</b>			
<b>15</b>	Se dirige llamando al enfermo por su nombre	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>16</b>	Da información con palabras sencillas	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>17</b>	Le escucha con atención, sus inquietudes	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>18</b>	Se comunica con un tono de voz audible para escuchar las inquietudes del enfermo	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>19</b>	Dispone de tiempo al plantearle sus inquietudes	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>20</b>	La enfermera le proporciona compañía en forma permanente.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>21</b>	La enfermera permite la presencia de sus familiares cerca de usted.	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**Confiabilidad entre observadores de Instrumento de Recolección de datos**

Observador 1		Observador 2		Total	
SI	NO	SI	NO	Acuerdos	Desacuerdos
X		X		X	
X		X		X	
X		X		X	
	X	X			X
X		X		X	
X		X		X	
X		X		X	
X			X		X
	X		X	X	
X		X		X	
X		X		X	
	X		X	X	
	X		X	X	
X		X		X	
X		X		X	
	X		X	X	
X		X		X	
X		X		X	
X		X		X	
X		X		X	
X		X		X	
	X	X			X
X		X		X	
X		X			
X		X			
X		X			
				18	3
AO= Confiabilidad inter observadores					
AO= $\frac{\text{N}^\circ \text{ de acuerdo}}{\text{N}^\circ \text{ acuerdos + desacuerdos}}$					
$\frac{21}{21+3} = 0,87 = 0,9$					