



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Título

Intervención paliativa de enfermería al final de la vida en pacientes oncológicos

**Trabajo de Titulación para optar al título de
Licenciada en Enfermería**

Autoras:

Dávalos Huachi Daniela Alejandra
Quintana Yáñez Nancy Vanessa

Tutor:

MsC. Andrea Cristina Torres Jara

Riobamba, Ecuador. 2022

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotros, **Daniela Alejandra Dávalos Huachi**, con cédula de ciudadanía **1727182105** y **Nancy Vanessa Quintana Yánez**, con cédula de ciudadanía **0606297083**, autoras del trabajo de investigación titulado: **Intervención paliativa de enfermería al final de la vida en pacientes oncológicos**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 16 de junio del 2022.



PERSONA AUTENTICADA POR
DANIELA
ALEJANDRA
DAVALOS HUACHI

Srta. Daniela Alejandra Dávalos Huachi

C.I: 1727182105



PERSONA AUTENTICADA POR
NANCY VANESSA
QUINTANA YANEZ

Srta. Nancy Vanessa Quintana Yánez

C.I: 0606297083

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, con el tema: **“INTERVENCIÓN PALIATIVA DE ENFERMERÍA AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”**

realizado por Srta. **Daniela Alejandra Dávalos Huachi** con CI **1727182105** y Nancy **Vanessa Quintana Yáñez**, con CI **0606297083**, asesorado por la **MsC. Andrea Cristina Torres Jara**, en calidad de tutora se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:

ANDREA
CRISTINA
TORRES JARA

Firmado digitalmente
por ANDREA CRISTINA
TORRES JARA
Fecha: 2023.06.23
14:16:49 -0500'

MsC. ANDREA CRISTINA TORRES JARA

TUTORA
CI: 0603120502

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Intervención paliativa de enfermería al final de la vida en pacientes oncológicos**, presentado por **Daniela Alejandra Dávalos Huachi**, con cédula de identidad **1727182105** y **Nancy Vanessa Quintana Yáñez**, con cédula de identidad número **0606297083**, certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 16 de junio del 2022.

MsC. Viviana Del Rocío Mera Herrera

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firmado digitalmente por:
**VIVIANA DEL
ROCIO MERA
HERRERA**

Firma

MsC. María Herlinda Urquizo Moyano

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firmado digitalmente por:
**MARIA HERLINDA
URQUIZO MOYANO**

Firma

MsC. Andrea Cristina Torres Jara

TUTORA

ANDREA
CRISTINA
TORRES JARA

Firmado digitalmente
por ANDREA CRISTINA
TORRES JARA
Fecha: 2022.06.16
14:16:45 -0500

Firma

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Intervención paliativa de enfermería al final de la vida en pacientes oncológicos**, presentado por **Daniela Alejandra Dávalos Huachi**, con cédula de identidad **1727182105** y **Nancy Vanessa Quintana Yáñez**, con cédula de identidad número **0606297083**, bajo la tutoría de la MsC. Andrea Cristina Torres Jara; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 16 de junio del 2022.

MsC. Viviana Del Rocío Mera Herrera

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firmado digitalmente por:
**VIVIANA DEL
ROCIO MERA
HERRERA**

Firma

MsC. María Herlinda Urquizo Moyano

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firmado digitalmente por:
**MARIA HERLINDA
URQUIZO MOYANO**

Firma

MsC. Andrea Cristina Torres Jara

TUTORA

ANDREA
CRISTINA
TORRES JARA

Firmado digitalmente
por ANDREA CRISTINA
TORRES JARA
Fecha: 2022.06.22
14:16:07 -0500

Firma

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

Original



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 30 de mayo del 2022
Oficio N°155-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2022

MSc. Paola Maricela Machado Herrera
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **MSc. Andrea Cristina Torres Jara**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual como nico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 138115465	Intervención paliativa de enfermería al final de la vida en pacientes oncológicos	Dávalos Huachi Daniela Alejandra Quintana Yanez Nancy Vanessa	1	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ
Firmado digitalmente por
CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.05.30
07:39:57 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH

Debido a que la respuesta del análisis de validación del porcentaje de similitud se realiza mediante el empleo de la modalidad de Teletrabajo, una vez que concluya la Emergencia Sanitaria por COVID-19 e inicie el trabajo de forma presencial, se procederá a recoger las firmas de recepción del documento en las Secretarías de Carreras y de Decanato.

DEDICATORIA

Con gratitud y amor dedico este trabajo a Dios, a mis padres, hermano y demás familia, que supieron apoyarme incansablemente durante toda esta etapa y han sido el pilar fundamental en cada uno de mis logros y desvelos, sembrando en mí, fortaleza para jamás rendirme.

Daniela Alejandra Dávalos Huachi

A Dios quien con su amor y bondad me ha permitido sonreír ante mis logros y mis padres que son mi motor de vida y han estado conmigo en cada parte del proceso de la carrera, que han permitido que culmine una meta más con éxito en mi vida, gracias por brindarme su apoyo incondicional y su amor.

Nancy Vanessa Quintana Yáñez

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos vida y vigor para poder sobrellevar todas las adversidades y lograr culminar nuestros estudios.

Agradecemos a la memorable Universidad Nacional de Chimborazo, a la carrera de Enfermería y docentes por su constancia durante nuestra formación profesional, a la vez por abrirnos las puertas y enriquecernos de conocimiento.

**Daniela Alejandra Dávalos Huachi y Nancy
Vanessa Quintana Yáñez**

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA.....	
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	
DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL.....	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO.....	
RESUMEN.....	
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	15
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	19
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	23
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	27
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	46

RESUMEN

El cáncer es una de las primordiales razones de morbilidad y mortalidad. En la actualidad, una de cada cinco personas padece de alguna patología oncológica alguna vez de su vida, ocasionando defunciones 1 de cada 8 hombres y 1 de cada 11 mujeres. En Ecuador existen programas de salud referente al cuidado correcto para los enfermos terminales, los profesionales poseen entrenamiento relacionado al cuidado de pacientes en fase terminal, sin embargo, se necesita el desarrollo de competencias en los diferentes niveles de atención asegurando su disponibilidad y acceso. Los cuidados paliativos se usan a partir del principio de la enfermedad hasta la etapa final de vida, secundando al paciente a mantener el control de los indicios desagradables que esto conlleva, además de auxiliar en la salud patológica, física, social y duelo. Una de las metas más relevantes es la prevención y el alivio del sufrimiento como para el paciente como para el núcleo familiar, el papel que cumple enfermería en el desarrollo de ocupaciones en diferentes entornos que tiene interacción directa con el cáncer como es la prevención, diagnóstico precoz, procedimiento acertado, así como también cuidados especializados que necesitan a lo largo de la fase final de la vida, existe una brecha significativa respecto al desconocimiento del desempeño de aspectos físicos, emocionales y espirituales del paciente oncológico. Las intervenciones de cuidados paliativos tienen que iniciar en el instante del diagnóstico y continuar a lo largo de todo el procedimiento, controlando todos los indicios generalmente. El comportamiento de Enfermería engloba cada uno de los periodos de la vida incluyendo los cuidados paliativos y el duelo ayudando a afrontar el paso de la vida a el deceso.

Palabras claves: cuidados paliativos, dolor, calidad de vida, intervenciones, enfermería.

ABSTRACT

The present research work is about **“CANCER DISEASE IS THE LEADING CAUSES OF MORTALITY AND MORBIDITY”**. Currently , one out of every five people have an oncological disease at some times of their lives, causing of death one of every eight men and one of every eleven women. In Ecuador there are healthy programs to the compassionate care of terminal ill in dying patients, however health professionals have been training of terminal ill ones, but it is necessary to develop competencies at different levels of care to ensure its availability and accessibility. The palliative care is applied from the beginning of the disease until the end of their useful life. There is a significant gap regarding the performance of supporting the patient in managing the unpleasant symptoms involved, in addition to helping in mental, physical, social health and grief loss. The most important objective is the prevention and relief of suffering for both the patient and the family, the roles of professional nurses is to carry out the development of activities in different habits with Cancer such as prevention, early diagnosis and timely treatment also as specialized care that need during the end of life. but there is a significant gap regarding the lack of knowledge, how to manage the physical, emotional, and spiritual health of the oncology patient. Palliative care interventions must begin at the moment of diagnosis and should continue during all treatment, also monitoring all signs. Nursing behavior encompasses every period of life including palliative care and grief, helping to cope the transition from life to death.

Keywords: palliative care, grief, quality of life, interventions, nursing.

 Formado digitalmente por
DORIS ELIZABETH VALLE VINUESA
1991823
Fecha: 2023.06.27 16:06:44
+0500'

Reviewed by: Mgs. Doris Valle V.

ENGLISH PROFESSOR

c.c 0602019697

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El cáncer es un amplio grupo de enfermedades que puede afectar cualquier órgano del cuerpo, se caracteriza por el crecimiento y multiplicación incontrolada de células y por la capacidad para invadir localmente y diseminarse, es decir que se extienden más allá de los límites habituales dentro o fuera de sus órganos de origen causando metástasis, siendo la principal causa de muerte por esta patología⁽¹⁾.

A nivel mundial, el cáncer constituye la segunda causa de muerte. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), indica que, en el 2018, causó 9.6 millones de defunciones, alrededor del 70 % de las cuales ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, debido a la detección en fases avanzadas y con ello la falta de acceso al diagnóstico y tratamiento. Según varios informes, el tratamiento integral está disponible en más del 90% de los países de ingresos altos, pero en menos del 15% de los países de ingresos bajos⁽²⁾. Por lo que se establece varias estrategias para reducir el riesgo, entre ellas concientización sobre el consumo del tabaco y alcohol, implementar programas de detección e inmunización, ya que reducen la carga de algunos tipos de cáncer⁽¹⁾.

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), afirma que el cáncer es una de las principales causas de muerte en Latinoamérica, en el 2008, provocó 1,2 millones de fallecimientos, el 45% de los cuales se produjeron en América Latina y el Caribe, se espera que los decesos por cáncer en América alcance los 2,1 millones para 2030⁽²⁾⁽³⁾. Actualmente, una de cada cinco personas padece de alguna enfermedad oncológica en algún momento de su vida, provocando defunciones 1 de cada 8 hombres y 1 de cada 11 mujeres diagnosticadas con esta patología, en vista de esta realidad los cuidados paliativos se muestran como un modo innovador en el área de la salud⁽⁴⁾.

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), menciona que en el 2018 existió 28.058 casos nuevos de cáncer de los cuales 14.559 murieron por esta causa, relacionado por la detección tardía y falta de acceso al tratamiento. Las patologías oncológicas diagnosticadas con mayor frecuencia en hombres son: próstata (21,7%), pulmón (9,5%), y colorrectal (8,0%); y en mujeres: mama (25,2%), pulmón (8,5%), y colorrectal (8,2%)⁽⁵⁾.

Sin embargo, existe una brecha significativa en Ecuador en los programas de salud con respecto al cuidado adecuado para los enfermos terminales. Cabe señalar, que los profesionales que laboran en algunos hospitales cuentan con entrenamiento relacionado al cuidado de pacientes en etapa terminal por lo que es necesario el desarrollo de competencias en los diferentes niveles de atención asegurando su disponibilidad y acceso⁽⁶⁾. Según la Normativa Ministerio de Salud Pública del Ecuador el cuidado en pacientes paliativos

necesita toda atención activa que debe ser brindada por profesionales de la salud y personas cercanas del paciente ⁽⁷⁾.

Existen entidades independientes que prestan servicios como: la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) que abarca a más del 40% de los casos de cáncer, el Hospital Carlos Andrade Marín, Vicente Corral Moscoso, Eugenio Espejo, Baca Ortiz y Francisco de Icaza Bustamante que constituyen los principales centros de prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación. Además, se cuenta con residencias tipo hospicio entre ellas el Hospicio San Camilo, la Casa Hogar de adultos de la Asociación Amigos Benefactores de enfermos incurables, la Casa del Hombre Doliente en Guayaquil; e instituciones que brindan atención domiciliaria tales como la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos y la Fundación Jersey ⁽⁸⁾.

La Sociedad Española define los cuidados paliativos como el cuidado activo, total e integral que se brinda a los usuarios en fase avanzada, potencialmente mortal a corto plazo y que ya no responden al tratamiento curativo. También se lo describe como un método para mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia, su práctica clínica se basa en aliviar la carga de los síntomas, fortalecer la dimensión espiritual, mejorar la comprensión y el proceso de muerte ⁽⁹⁾.

Cabe destacar que estos cuidados no aceleran ni interrumpen el proceso de muerte. Así mismo, es necesario brindar atención en las fases tempranas del diagnóstico de la enfermedad simultáneamente con los tratamientos paliativos, lo cual tiene como objetivo cumplir y satisfacer las necesidades básicas de los pacientes, en forma integral, personalizada y continua, respetando sus valores, creencias y costumbres ⁽¹⁰⁾.

La función de los profesionales de enfermería es primordial para cuidados paliativos óptimos, dedicados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida del paciente, mediante una oportuna evaluación e identificación de necesidades tanto físicas como psicosociales. Además, las acciones de enfermería influyen positivamente en la situación del usuario mediante el establecimiento de una buena comunicación con los familiares proporcionando información sobre la evolución y el plan de intervenciones ⁽⁶⁾.

De este modo, los cuidados paliativos son una especialidad de gran utilidad debido al creciente número de pacientes con enfermedades oncológicas; lo que condiciona que a corto, mediano o largo plazo que los pacientes requieran los servicios que ofrece la paliación, brindando a las personas una mejor calidad de vida, satisfaciendo sus necesidades físicas, psicosociales y espirituales, teniendo en cuenta que el papel de enfermería no se limita solo al cuidado, sino también se extiende a la familia procurando una mejor adaptación a las dificultades presentes desarrollada en el usuario ⁽¹¹⁾.

Actualmente, el cáncer constituye uno de los más importantes inconvenientes de salud pública y está en medio de las primeras razones de mortalidad en la población, la mayor parte de las veces pasa por la detección tardía de la patología lo cual provoca que se instaure los cuidados paliativos en etapas avanzadas. Con ello en Ecuador es un asunto que no alcanzó las expectativas de su desarrollo y aplicación, sin embargo, ¿las instituciones sanitarias dan información y encargan funciones a todos los miembros del equipo de salud referente a las intervenciones que se debería brindar a un paciente oncológico al final de la vida?

Asimismo, teniendo en cuenta el rol que cumple enfermería en el desarrollo de actividades en diversos ámbitos que tiene relación directa con el cáncer como es la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, así como también cuidados especializados que requieren durante la etapa final de la vida, existe una brecha significativa respecto al desconocimiento del manejo de aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente oncológico, a esto se suma que en el país no se cuenta con un registro de atención profesional paliativa. Por tanto, se infiere que es sumamente importante contar con programas de posgrado para iniciar la formación de especialistas en CP debido a que es un profesional estratégico en la atención y cuidado integral⁽¹²⁾.

Por esta razón se considera necesario realizar la presente revisión bibliográfica que adquiere relevancia por la complejidad y magnitud de los altos índices de mortalidad asociados a esta problemática. De la misma forma se evidenció durante el internado rotativo varios casos de pacientes que ingresan a las entidades hospitalarias por otras patologías, son diagnosticados con cáncer y posteriormente el accionar principal del personal médico es la referencia a instituciones de tercer nivel para atención oncológica. Siendo imprescindible analizar intervenciones paliativas de enfermería al final de la vida, para enfatizar los puntos de mayor debilidad en relación con la atención y mejora en la calidad del trabajo de enfermería⁽¹³⁾.

El diagnóstico de cáncer es un tema difícil para los pacientes, por lo que es necesaria una adecuada estrategia de cuidados paliativos que pueden ayudar a los pacientes mejorando su calidad de vida. Sin embargo, muy pocas personas tienen acceso debido a que no todos los diferentes niveles de prestación de servicios brindan CP, ya que son medianamente conocidos y poco aplicados, en un profesional de salud es indispensable, que exista un conocimiento amplio del tema ya que se enfoca en preservar la autonomía del paciente, entorno y familia.

La salud pública tiene funciones esenciales y en los cuidados paliativos son: regular la práctica clínica en el país, garantizar la prestación oportuna y adecuada de los servicios necesarios, brindar apropiada información y financiar la atención. Desde el marco jurídico nacional, la Constitución de la República del Ecuador del 2008, ordena: Art. 50 “*El Estado*

garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente”⁽¹⁴⁾.

Además, la Constitución estipula en el Art. 363 que es necesario “*Promover el desarrollo integral del personal de salud*” donde se deben incluir la formación de profesionales en cuidados paliativos ⁽¹⁴⁾. El Acuerdo Ministerial Nro. 00000101, enfatiza en su Art. 8, que es necesario “*Coordinar con las instituciones formadoras de recursos humanos, la inclusión de la formación de cuidados paliativos integrales en las mallas curriculares de las distintas profesiones de la salud, así como la capacitación de equipos interdisciplinarios en las entidades prestadoras de servicios de salud*”⁽¹⁵⁾.

La base para realizar este trabajo será incluir un objetivo general que nos orientará para obtener los resultados esperados y será definido de la siguiente manera: Determinar intervenciones de enfermería en la etapa final de la vida de pacientes oncológicos.

El proceso principal que se ha seguido para alcanzar el objetivo propuesto ha sido delimitado en base a las fases planteadas: Definir cuidados paliativos, características y finalidad, identificar el rol de enfermería en las intervenciones paliativas en pacientes oncológicos y determinar los signos y síntomas más frecuentes en pacientes oncológicos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Históricamente las actitudes ante la muerte no siempre han sido las mismas, en la Edad Media existía la “muerte en familia”, es decir, invitaban a sus seres queridos a reunirse alrededor de su cama y realizar "rituales de alcoba"; durante la I Guerra Mundial, esta es apartada de los eventos cotidianos de la vida, Cicely Saunder, menciona que ocultar al enfermo la verdad de su diagnóstico y pronóstico, reemplazar la casa por el hospital y no permitir un despliegue emocional, son fenómenos ante la mortalidad. En el siglo XIX, aliviar el sufrimiento fue la tarea principal del tratamiento, pero, en el siglo XX, la medicina avanza hacia la búsqueda de la causa y la cura y el control de los síntomas pasa a segundo lugar⁽¹⁶⁾.

En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de cuidados paliativos y promueve el Programa de CP como parte del Programa de Control de Cáncer. En 1995 inició la Unidad de CP en la Fundación Amigos Benefactores de Enfermos Incurables y en 1997 se creó la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos, en el 2000 aparece el Servicio de CP y Manejo del Dolor. Finalmente, en el 2018 la Asociación Ecuatoriana de CP recibió la personería jurídica⁽³⁾.

Actualmente, existen alrededor de 8000 servicios Especializados en Cuidados Paliativos a nivel mundial, en aproximadamente 100 países diferentes. No obstante, hoy en día el tratamiento prescrito por diferentes especialistas solo puede derivar en amargura, más que abordar aspectos de la calidad de vida. Además, esto se refleja en la gran brecha que existe en los programas médicos y de enfermería sobre cómo manejar adecuadamente a los pacientes terminales y con expectativas de vida limitadas⁽¹⁷⁾.

En la investigación de Vallejo et al, en el Estudio de Pertinencia de los Cuidados Paliativos en Ecuador, menciona la importancia de contar con programas de posgrado permitiendo así, la formación de especialistas en medicina paliativa, con ello elevar los estándares de calidad de vida de pacientes oncológicos, ya que en el país no cuenta con profesionales que brinden atención en la etapa final de la enfermedad⁽¹³⁾. De igual forma, el ATLAS de Cuidados Paliativos de Latinoamérica arroja datos estadísticos donde menciona que existen facultades con asignaturas independientes donde se reporta con un 18.2% para medicina y 0% para enfermería, por lo que da realce a la importancia de la investigación de la temática⁽³⁾.

De este modo, dar cumplimiento al artículo 10 de la Ley Orgánica de la Salud de la República del Ecuador donde manifiesta que todas las personas que formen parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, que contribuyan a garantizar los derechos de los pacientes en la etapa final de la vida e incluyendo a la familia⁽¹⁸⁾.

La OMS, define a los cuidados paliativos como un enfoque de mejora de la calidad de vida de los pacientes y las familias, los mismos que se encuentran atravesando una enfermedad en fase avanzada y progresiva, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, con una identificación temprana, evaluación sistemática y el tratamiento del dolor y otros problemas biopsicosociales ⁽¹⁹⁾.

De la misma forma, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, señala que es toda atención activa, brindada por los profesionales de salud y la familia del paciente, a personas con un padecimiento crónico e incurable, en la etapa final de su vida, incluida el duelo. Los mismos que deberán empezar en las fases tempranas del diagnóstico de la enfermedad simultáneamente con los tratamientos curativos. La transición es a menudo gradual y debe basarse en las necesidades individuales de la persona ⁽²⁰⁾.

Dentro de los principales objetivos de los cuidados paliativos están a nivel físico el de aliviar el dolor y otros síntomas molestos de los pacientes que en la mayoría de las veces suelen resultar sumamente incómodos, múltiples e incluso incapacitantes; atender psicológica y espiritualmente para que puedan aceptar su padecimiento, y prepararlos frente a la muerte tratando de que el proceso sea observado de forma natural; ofrecer un sistema de apoyo que ayude a los pacientes a llevar una vida lo más activa y creativa, promoviendo de este modo su autonomía, integridad personal y autoestima, por último, brindar un sistema de soporte a las familias para afrontar el proceso y sobrellevar el período de duelo ^{(21) (22)}.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, el enfermo terminal es definido como aquel usuario que presenta una enfermedad progresiva, avanzada, irreversible, incurable, acompañado de varios síntomas, sin autonomía, donde los tratamientos efectuados no tienen eficacia y con un pronóstico de vida limitado ⁽⁹⁾. Mientras que, autores como Amado y Oscanoa lo determina como persona que se sitúa en la etapa final, en la que existe daño irreversible y múltiples manifestaciones somáticas, psicológicas y espirituales con gran impacto en el paciente y su familia ⁽²³⁾.

El Instituto Nacional de Cáncer (INC) menciona, los principales signos y síntomas de pacientes que requieren cuidados paliativos entre ellos están a nivel somático el dolor, disnea, anorexia, inmovilidad, estreñimiento, confusión; a nivel sensitivo depresión, miedo, ansiedad, cabe recalcar que no solo se ve afectado el enfermo como tal, sino que hay una afectación al grupo familiar y a nivel social pérdida del estatus social, cambio del papel que juega en su familia, miedo a la dependencia, entre otros ⁽²⁴⁾.

Dentro de las intervenciones de enfermería al final de la vida en pacientes oncológicos están:

- Dolor: administración de medicamentos.
- Disnea: es necesario mantener ventilado el cuarto, levantar al paciente hasta que esté sentado con el apoyo de almohadas, y enseñar una respiración adecuada^{24,25}.
- Náusea y vómito: es preciso brindar cuidado de la boca manteniéndola siempre limpia, la habitación debe estar libre de olores principalmente de comidas; ayudarlo a servirse la comida despacio y en caso de ser posible hacerlo sentar; dejarlo limpio y cómodo^{(25) (26)}.
- Estreñimiento: comer frutas y vegetales como la papaya, ciruela pasa, granadilla, nueces, almendras, kiwi, entre otras, puede ayudar al paciente; tomar líquidos en caso de no estar contraindicado, facilitando el movimiento intestinal.
- Pérdida del apetito: los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas por lo general no tienen apetito por esto no pueden comer. Es importante preguntar al paciente lo que desea comer y servirlo en poca cantidad y de una forma atractiva logrando que el paciente coma.
- Insomnio: para evitar esto, es recomendable tomar un baño en agua tibia, beber té, evitar la televisión, no ingerir alimentos pesados horas antes de dormir, realizar respiraciones profundas, conservar la habitación del paciente sin ruido y en calma.
- Cuidado de la boca: limpiar la boca después de cada comida; en caso de que el paciente este delicado hacerlo utilizando una tela suave mojada con movimientos suaves y para evitar la sequedad de los labios, se puede aplicar protector labial.
- Cuidado de la piel: en este aspecto es importante el aseo diario, realizar un cambio de posición cada 2 o 3 horas evitando así que la piel se lastime; protegiendo las prominencias óseas como son los codos, hombros, orejas, rodillas, caderas, nalgas, talones, para evitar ulceraciones, además se puede utilizar cremas humectantes en todo el cuerpo mediante suave masaje^{(25) (26)}.

Las intervenciones de cuidados paliativos deben comenzar en el momento del diagnóstico y continuar durante todo el tratamiento, controlando todos los síntomas en general. Estos pueden ser realizados por un equipo multidisciplinario que incluye profesionales como enfermeras, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, farmacéuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, dentistas y asistentes mentales⁽²⁷⁾.

Los cuidados paliativos se ejecutan a través de cuatro elementos básicos: buena comunicación, control adecuado de los síntomas, uso de diferentes medidas para aliviar o reducir el sufrimiento y apoyo familiar previo al fallecimiento y durante la recuperación. Los síntomas son una señal de que su cuerpo no está bien. Cuanto más intensos y persistentes son, más representan una sensación de amenaza. Pueden ser una consecuencia directa de la propia enfermedad o de un trastorno coexistente no relacionado con la enfermedad subyacente⁽²⁸⁾.

Por consiguiente, permiten proporcionar confort y apoyo a los pacientes y sus familias en la última etapa de la vida, con el fin de que sus últimos días se encuentren libres de dolor, con un control adecuado de síntomas adicionales adaptados a su realidad, labor que puede llevarse a cabo en sus hogares o en un lugar que sea lo más parecido posible, los denominados “Hospices”, son espacios diseñados para dar bienestar Bio-Psico-Espiritual al usuario rodeado de su familia y amigos en un ambiente acogedor ⁽²⁹⁾.

El cáncer genera incertidumbre, pavor en los usuarios por los tratamientos que se deben aplicar, perjudica fundamentalmente la vida del paciente y su entorno familiar, presentando ansiedad y depresión en etapas avanzadas de la enfermedad, el paciente debe pasar varios procesos como la negación, enfado, negociación, depresión y aceptación, para mejor afrontamiento de la enfermedad ⁽³⁰⁾.

El personal de enfermería es primordial para cuidados paliativos óptimos, debido a las funciones que ejerce con el paciente, como es la oportuna evaluación e identificación de síntomas que permite brindarle una adecuada atención. En concordancia con Guevara et al. en su artículo manifiesta que la participación de enfermería en CP exige que las intervenciones se consideren desde un enfoque individual y que además se reciba el apoyo multidisciplinario para suplir necesidades que se presenten al final de la vida como el control de los síntomas, facilitar los procesos de adaptación y el apoyo emocional contribuyendo la comunicación paciente-familia-equipo ⁽³¹⁾. Cabe mencionar que el personal de enfermería dedicado especialmente al cuidado de pacientes que requieran CP debe cumplir con extensas jornadas de trabajo e interactuar la mayor parte del tiempo con el paciente y sus familiares ⁽³²⁾.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

El presente trabajo es un estudio tipo documental, mediante una revisión sistemática y secuencial de documentos publicados en base al tema planteado, que facilitará la construcción de un análisis amplio y contribuirá a mejorar la profundización de conocimientos acerca de las intervenciones paliativas de enfermería al final de la vida en pacientes oncológicos, a través de la identificación de las necesidades que presentan estos pacientes con esta patología.

Esta búsqueda permitió la recuperación de información desde diciembre del 2021 hasta abril del 2022, en artículos científicos nacionales e internacionales publicados en páginas indexadas como: Scielo, Dialnet, Elsevier, Redalyc, PubMed, Medigraphic, Medisur, Researchgate, Science Direct, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Revistas Científicas, Repositorios y visitas en sitios webs oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización de las Naciones Unidas (ONU), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), Instituto Nacional del Cáncer (INC) y la Sociedad española de oncología médica.

Como estrategia de búsqueda de documentos para el estudio, se recurrió a la utilización de las siguientes palabras clave y operadores de búsqueda booleana como “AND”, “Y”, “OR”, “O”, los cuales quedaron conformados de la siguiente manera: “Intervención en cáncer”, “Cuidados paliativos en oncología”, “Cuidados al final de la vida”, “Intervención paliativa al final de la vida”, “Intervención paliativa de enfermería al final de la vida en pacientes oncológicos”. Las palabras clave en inglés también fueron una estrategia manejada, pues se utilizaron algunas como: “nursing care”, “interventions”, “palliative care”, “cancer”, “cancer patients”, “oncology”.

La población de estudio quedó conformada por 90 documentos, que para su selección se optó por libros, tesis, páginas web, protocolos y revistas indexadas de las bases de datos electrónicos de plataformas digitales registradas a nivel mundial como fuente confiable de almacenamiento y reposición de contenido científico. Se consideró el área temática, tipo de documento, límite de tiempo e idioma para aplicar criterios de inclusión y exclusión.

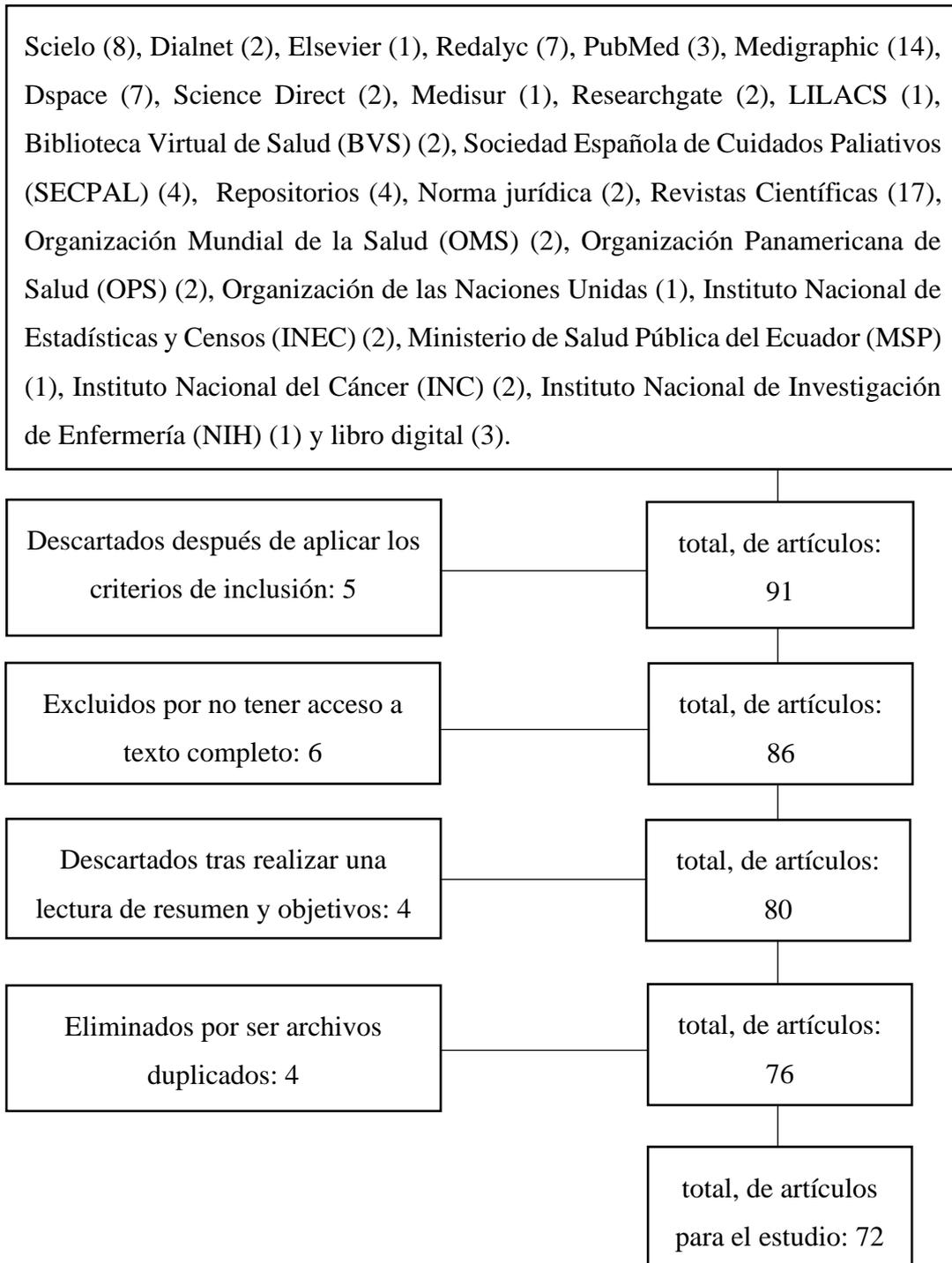
Los criterios de inclusión se determinaron mediante la revisión, análisis y lectura crítica de documentos publicados en cualquier idioma, restricción de tiempo desde el periodo 2017-2022, artículos en texto completo. Otros de los criterios de inclusión fueron abordar estudios que en su contenido presenten resumen, introducción, epidemiología, definiciones, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, tratamiento, cuidados de enfermería, publicados en los últimos 5 años en el caso de artículos y 10 años para libros, disponibles en el formato de

texto completo. Una vez delimitado los criterios de inclusión, se descartaron aquellos artículos que no respondían a los objetivos de este estudio.

Para establecer los criterios de exclusión se consideraron 18 documentos, de los cuales 2 documentos no guardaban estrecha relación con intervenciones de enfermería al final de vida en pacientes oncológicos, 3 no se visualizaban por pertenecer a instituciones privadas, 6 incompletos, 4 señalan problemas para abrir el documento o sitio web y 3 pertenecía a bibliografía repetida.

Para establecer la muestra, se analizaron 72 documentos científicos de los cuales se identificaron 3 libros digitales, 1 protocolo aprobado por el MSP, 4 trabajos de titulación, 18 artículos científicos, 8 de Scielo, 2 Dialnet, 1 Medigraphic, 1 Elsevier, 7 Redalyc, 3 PubMed, 2 Science Direct, 1 Medisur, 2 Researchgate, 1 LILACS, 2 Biblioteca Virtual de Salud (BVS), 3 Norma jurídica, 4 Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2 Organización Mundial de la Salud (OMS), 2 Organización Panamericana de Salud (OPS), 1 Organización de las Naciones Unidas, 2 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2 Instituto Nacional del Cáncer (INC) e Instituto Nacional de Investigación de Enfermería (NIH). De estos, 68 se encontraban en español, 2 en inglés y 2 en portugués, a pesar de las dificultades e incluso a la variación de su significado al momento de su traducción fueron de gran utilidad al momento de la elaboración de la revisión.

El algoritmo de búsqueda bibliográfica queda conformado de la siguiente manera.



Para el análisis de los documentos se procedió a desarrollar una triangulación entre los resultados referidos por distintos autores permitiendo de esta manera comparar, validar y discutir la bibliografía consultada; posteriormente emitir conclusiones. En el presente documento se utilizó información relacionada a intervención paliativa de enfermería al final de la vida en pacientes oncológicos. Las variables teóricas analizadas fueron cuidados paliativos e intervenciones de enfermería.

Se revisó de los artículos para la triangulación manifestaciones clínicas más comunes en pacientes oncológicos e intervenciones de enfermería. Finalmente se identificaron la coincidencia de los autores respecto a las actividades desarrolladas para complementar los cuidados de enfermería según los signos y síntomas que presentan los usuarios al final de la vida. De los 72 documentos revisados, se emplearon 15 para la elaboración de la introducción, 19 para el desarrollo y 38 para la triangulación.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los pacientes oncológicos que padecen heridas tumorales y que se acercan al final de la vida presentan alteraciones en sus procesos fisiológicos que se ven alterados debido a la nutrición, fenómenos clínicos asociados a lesiones cutáneas y tratamiento ⁽³³⁾. Esta población representa la razón de ser del cuidado paliativo para el control de síntomas y cuidados de enfermería, mediante intervenciones que buscan mejorar la calidad de vida del paciente y su familia ⁽³⁴⁾, aún más cuando padecen lesiones cutáneas entre otros síntomas ⁽³³⁾ ⁽³⁵⁾ angustiantes tanto para el paciente como para su familia o cuidadores.

Barbosa et al, ⁽³⁵⁾ coincide con lo descrito por Freitas de Castro ⁽³⁴⁾, sobre los síntomas característicos de las heridas tumorales como el dolor, olor y exudado. Las intervenciones irán encaminadas a controlar y minimizar síntomas desagradables que generan sufrimiento físico, psicológico y espiritual e incluso exacerban otros síntomas. Freitas ⁽³⁴⁾, indica que el olor es el responsable de las situaciones de aislamiento social y deterioro de la calidad de vida del paciente, recomienda aplicar apósitos y cambios frecuentes de los mismos para mantenerlos secos contribuyendo al manejo de malos olores.

Además, refiere que los desbridamientos como manejo inicial que las heridas estas a su vez pueden ser autolíticos, enzimáticos, mecánicos y quirúrgicos, pero su indicación debe hacerse con precaución y juicio, valorando el riesgo de sangrado y dolor, en el caso de una esperanza de vida corta, la opción es dejar el ambiente seco y mantener el tejido necrótico ⁽³⁴⁾. Por otra parte, Woo et al, indica el uso de apósitos superabsorbentes a base de carbón activado, espumas e hidrofibras y alginato de calcio que reduce significativamente el sangrado al mejorar la cascada de coagulación ⁽³³⁾ ⁽³⁶⁾.

Para la protección de la piel perilesional Barbosa et al, recomienda la aplicación de pomadas a base de vitaminas A y D, óxido de zinc, al igual que aceite a base de silicona para protección y buena hidratación de la piel alrededor de la herida ⁽³⁵⁾. Barbosa y Ripley indica el uso de tiras hidrocoloides, sin embargo, Woo et al, discrepa de lo mencionado, señalan que la humedad está contraindicada en heridas no curables; por lo tanto, debe evitarse el uso de apósitos hidrocoloides e hidrogeles ⁽³⁶⁾. Adicionalmente, Barbosa, Santos y Ripley en sus artículos concuerdan sobre la terapia tópica antimicrobiana sobre el uso de metronidazol gel en combinación con la limpieza siendo el pilar para el manejo del olor y el tratamiento exudado.

Con relación al dolor, es catalogado por el síntoma más importante e incapacitante por su alto grado de incidencia en pacientes oncológicos, sin embargo, es el de mayor control, Torcal, y Díaz et al, concuerdan en el empleo de la escalera analgésica desarrolla por la OMS para el manejo del dolor, se basa principalmente en la terapia farmacológica donde los analgésicos son el grupo de medicamentos de elección, para implementar se deberá tener en

cuenta varios aspectos como cuantificar intensidad del dolor ya sea a través de escalas entre la más conocida es la escala visual analógica siendo la más utilizada internacionalmente respecto al resto de las escalas unidimensionales, Torcal, en su artículo menciona el no asociar analgésicos del mismo escalón, excepto cuando se asocia fármacos de tercer escalón para dolor irruptivo ⁽³⁷⁾ ⁽³⁸⁾.

El principio básico para el tratamiento farmacológico del dolor es: por vía oral, por horario y por escalera analgésica ⁽³⁸⁾, los fármacos de primer escalón son analgésicos no opioides están indicados en el dolor leve-moderado nociceptivo, el segundo escalón está compuesto por opioides débiles, su característica principal presenta una combinación con analgésicos antipirético o antiinflamatorios y preparados de liberación retardada ⁽³⁷⁾ y el tercer escalón sirve para el tratamiento del dolor crónico, adicional se puede realizar sedación paliativa con el fin de minimizar el sufrimiento del paciente oncológico.

En caso de presentar efectos secundarios graves se puede realizar la rotación de opioides que consiste en sustituir un opioide con otro con el objetivo de obtener un equilibrio entre la eficacia de la analgesia y la aparición de efectos adversos, solo en casos de presentar un mal control del dolor, hiperalgesia o toxicidad a opioides. Además, existen fármacos coadyuvantes que complementan a los analgésicos, sin tener propiedades analgésicas específicas. Estos fármacos, unidos a los opioides o a los AINEs, potencian la acción e incrementan la eficacia ⁽³⁷⁾.

Por otra parte, Duque et al, y Gonzáles, concuerdan que el manejo del dolor se enfoca principalmente en la terapia farmacológica, aunque existen terapias alternativas para su control al final de la vida, entre las más mencionadas por los autores están las técnicas de relajación, crioterapia, acupuntura, estimulación eléctrica, aromaterapia, masoterapia, cabe recalcar que se necesita primero evaluar el origen del dolor y a la vez valorar que el paciente se encuentre en condiciones en las que no ponga en riesgo su salud ⁽³⁷⁾ ⁽³⁹⁾.

Respecto al delirio, los autores coinciden en que es un síntoma que se presenta por lo general en la fase final de la enfermedad oncológica, y está asociado a infecciones, medicación y alteraciones hidroelectrolíticas cuando es reversible y cuando es irreversible se lo conoce como delirium terminal. Ibañez y Fuentes, mencionan a cerca de las medidas farmacológicas más usadas para tratar este síntoma, los antipsicóticos como haloperidol, alanzapina, clorpromazina, risperidona, quetiapina y benzodiazepinas como el lorazepan, sin embargo, se asocian con la posibilidad de empeoramiento de la confusión y mayor sedación ⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾.

Mientras que Prayce et al, nos da a conocer otros fármacos en la que hay evidencia de eficacia en la prevención o tratamiento del delirio, como rivastigmina o donepezilo. Acosta, nos menciona sobre la administración de melatonina, una hormona natural, segura y barata,

y con la que puede mejorar el sueño es por ello por lo que es considerado un recurso terapéutico efectivo para el delirio ⁽⁴²⁾ ⁽⁴³⁾.

Como estrategias no farmacológicas en el delirio, Acosta, nos manifiesta que el establecer una rutina diaria, reprogramar medicaciones y procedimientos según se requiera, mantener adecuada hidratación y nutrición, suministrar bebidas calientes a la hora de acostarse y minimizar la ingesta de caféina pueden ayudar a prevenir este síntoma además de controlarlo ⁽⁴²⁾. Pão-Mole, en cambio habla de intervenciones relacionadas con el confort, como atenuación de la luz, reducción, promover la movilidad y participación de la familia en la atención, manejo del ritmo circadiano, controlar el dolor, favorecer el patrón de sueño, evitando períodos de sueño durante el día, monitorizar diariamente el patrón vesical e intestinal ⁽⁴⁴⁾.

En cuanto a la disnea, en el artículo de Margarido, define como una experiencia subjetiva que solo la persona implicada puede determinar su severidad, los autores establecen actividades sencillas para detectarlo, dentro de ellas la monitorización respiratoria, que arrojan datos objetivos para brindar un mejor control o signos sugestivos a dificultad respiratoria como cianosis en mucosas y extremidades, siendo necesario la educación a familiares para su vigilancia, por otra parte, en el caso de no disponer de equipos necesarios se deberá colocar al paciente en posición Fowler o semifowler, además, Verdú, recalca acerca de la oxigenoterapia solo será empleado en el caso de presentar hipoxia ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁴⁶⁾.

Por otra parte, Celada et al, añade el uso de fármacos necesarios para tratar la disnea como los esteroides, que disminuye notablemente la inflamación de las vías respiratorias de los pulmones, también se utiliza los ansiolíticos e incluso sedantes con la morfina ⁽⁴⁷⁾. En contraste, Verdú, hace hincapié en su estudio al existir disnea irruptiva, es decir, episodios de dificultad respiratoria que aparece de forma brusca, la administración de fentanilo intranasal, debido a su liberación rápida es una buena opción terapéutica para realizar su control ⁽⁴⁶⁾. Ya que el efecto de la morfina es mucho más lento, lo más adecuado al tratamiento de la disnea irruptiva son opioides que ejerzan su acción de forma más rápida.

Con relación a la debilidad, Moreira, concuerda con lo mencionado por Celada et al, al ser el síntoma más frecuente en el paciente oncológico y con menor grado de control, la conducta por parte del personal de enfermería estará dirigida a que este síntoma no altere negativamente la vida del usuario, Pereira et al, indica que hay que evitar actividades que causen fatiga o modificarlas lo cual concuerdan realizar movimientos pasivos brindados por el personal o la familia ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁴⁸⁾ ⁽⁴⁹⁾.

Además, conduce a otras consecuencias tales como disminución de la fortaleza, aumento de disnea, taquicardia de esfuerzo acompañada de la necesidad de reducir el paso o detenerse,

dificultad para concentrarse, siendo útil establecer prioridades en las actividades como fomentar el ejercicio controlado, utilizar dispositivos de ayuda o la utilización de psicoestimulantes pueden proporcionar sensación de bienestar, disminuir la fatiga, aumentar el apetito, también pueden contrarrestar los efectos sedantes de la morfina, sin embargo, pueden producir insomnio, euforia y conductas paranoicas⁽⁴⁸⁾.

Autores como Briansó Llord et al, y Jiménez indica que la mucositis es una complicación frecuente en los pacientes onco-hematológicos, es una reacción tóxica inflamatoria que afecta la mucosa del tracto gastrointestinal, provocando dolor intenso, xerostomía, sangrado gingival, alteración en la alimentación, la comunicación verbal y la posibilidad de desarrollar infecciones oportunistas (principalmente virus del herpes simple o por *Cándida albicans*), en el caso de presentar sangrado en la mucosa aplicar agua oxigenada al 10 % diluida 1/5 o topicaciones con adrenalina al 1/1000 o sucralfato^{(48) (50) (51)}.

Estas alteraciones la mucosa oral surge como una complicación del tratamiento antineoplásico, por los efectos sistémicos de los fármacos citotóxicos de la quimioterapia o por los efectos locales de la radiación, aumentado de forma importante el riesgo de infección y el dolor viéndose alterada su calidad de vida, por lo que va a necesitar tratamiento analgésico y antibiótico⁽⁵⁰⁾.

El compromiso del profesional enfermero será ayudar a reducir y controlar la gravedad de la mucositis con una correcta higiene oral para disminuir la carga bacteriana presente en la cavidad oral, los cuidados se realizarán según el grado de afectación de la mucosa oral con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además, cuando el paciente ya posea esta alteración, sigue siendo la enfermera la que puede ayudar a controlar los síntomas y complicaciones que pueden surgir, en el caso de presentar dolor intenso se emplearán anestésicos tópicos (xilocaína) antes de las comidas⁽⁴⁸⁾.

La escala de la OMS clasifica la mucositis en cuatro grados, teniendo en cuenta el estado de la mucosa oral y la afectación que esta representa para el paciente⁽⁵⁰⁾; puede presentarse diferentes grados de afectación, desde un mínimo eritema, edema o sensación de quemazón hasta grandes y dolorosas úlceras que impiden la alimentación por vía oral del paciente y necesitan de la administración de derivados opiáceos.

Como resultado en el artículo de Briansó Llord et al⁽⁵⁰⁾, proponen actividades de enfermería a realizar para la prevención y control de la mucositis, como la inspección rutinaria de la cavidad oral del paciente, complementando con una correcta higiene bucal después de cada comida, mediante la utilización de un cepillo con cerdas suaves para evitar estímulos dolorosos⁽⁵²⁾. Jiménez, añade que la pasta debe ser dentífrica rica en flúor, cacao o lanolina puede ayudar a mantener los labios hidratados, o humectarlos con cubos de hielo, en

contraste, Caunedo, indica que se debe evitar el uso de vaselina debido al ser una sustancia hidrófoba puede producir mayor sequedad ^{(48) (51) (52)}.

Sin embargo, el uso de colutorios que contengan alcohol está contraindicado debido a su alta capacidad de producir irritación de la mucosa oral. Por lo cual recomiendan los colutorios de bicarbonato y manzanilla. Caunedo, menciona que siempre que exista un componente inflamatorio estarían indicados los colutorios de bencidamina. Con relación a la alimentación Moreira, en concordancia con Jiménez, mencionan que se debe evitar alimentos ácidos (zumo de naranja, limón y tomate), alimentos de textura dura o áspera (cortezas de pan, pan tostado), bebidas calientes, alcohol o el tabaco a su vez ingerir alimentos triturados o blandos ^{(48) (51) (52)}.

Moreira, expresa que la xerostomía puede presentarse por la ingesta de fármacos, a su vez la sequedad severa provoca que la saliva parezca más espesa, escoriaciones en la boca, mal aliento y dificultad para hablar y deglutir, Jiménez añade otra de las causas de la xerostomía es la exposición a la radiación lo cual destruye a las células que forman las glándulas salivares, disminuyendo la calidad y cantidad de saliva. Por tanto, para corregir estas molestias se aplicará estimulantes de saliva como pilocarpina o clorato potásico y saliva artificial de metilcelulosa. Caunedo, indica evitar desinfectantes que pueden producir mayor sequedad de boca como la clorhexitidina y la hexitidina ^{(48) (51) (52)}.

En cuanto al estreñimiento, Ordoñez, sostiene que es la emisión infrecuente de heces dos o menos veces a la semana, de consistencia dura y seca que el paciente tiene dificultad para defecar, Gándara et al, considera uno de los diez síntomas más molestos que se produce en pacientes oncológicos ya que producen sufrimiento e incremento de sufrir perforaciones intestinales, Zapico, añade que, al ser pacientes en estadio avanzado, se les debe administrar analgesia fuerte para mitigar el dolor y proporcionar descanso, pero como contrapartida provoca estreñimiento, conllevando al usuario discomfort, anorexia, dolor abdominal, sensación de llenado de la ampolla rectal, flatulencia, náuseas y vómitos ^{(53) (54) (55)}.

Respecto a ello, Ordoñez, indica sobre la necesidad de valorar la frecuencia y consistencia, síntomas asociados como náuseas, vómitos, dolor, distensión abdominal, retención urinaria, inquietud, confusión, ventoseo, ruidos intestinales y en el caso que persista por varios días el estreñimiento realizar tacto rectal para valorar el estado de la ampolla rectal (llena, vacía, consistencia de las heces) ⁽⁵⁵⁾.

La analgesia del tercer escalón trae como consecuencia la constipación, debido a que estos opioides actúan bloqueando los receptores del dolor en el SNC y estimulando la liberación de endorfinas. El estreñimiento es uno de los efectos secundarios más importantes a tener en cuenta, se produce por el efecto de los receptores opiáceos μ y d , los cuales se encuentran

en el tracto gastrointestinal y son responsables de inhibir el vaciado gástrico, reducir el peristaltismo, las secreciones intestinales y aumentar el tiempo de absorción, por ende, producir estreñimiento⁽⁵⁴⁾.

En primera línea se encuentra los laxantes, poseen diferentes mecanismos de acción tales como formadores de bolo, laxantes osmóticos, estimulantes y emolientes, es necesario considerar que este tratamiento es diario y de por vida. Por tanto, se han de elegir laxantes de uso crónico preferiblemente (como es el caso del PEG o de la lactulosa), al poseer un perfil de seguridad adecuada, ya que los estimulantes, como el picosulfato o el bisacodilo, son solo de uso puntual debido a que causan habituación, además, deben utilizarse con precaución ya que causan alteraciones hidroelectrolíticas. También se utiliza la metilnaltrexona siempre que el paciente no tenga riesgo de perforación gastrointestinal⁽⁵³⁾
(54).

En contraste, Mugabure, hace mención en la eficacia de naloxegol, ante el metilnaltrexona para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides, mediante la pegilación o unión de un polietilenglicol (PEG) a un fármaco, que se caracteriza por presentar una rápida absorción y una eliminación que condiciona la persistencia de concentraciones plasmáticas durante un periodo de tiempo efectivo. Este proceso evita que cruce la barrera hematoencefálica debido al aumento del tamaño de la partícula, reduciendo los efectos de los opioides sobre el estreñimiento sin influir en los efectos analgésicos mediados por los opioides en el SNC⁽⁵⁶⁾.

A diferencia de la metilnaltrexona considerando que es un antagonista de receptor opioide periférico no atraviesa fácilmente las membranas biológicas, tales como las células epiteliales en el intestino y las células endoteliales en la barrera hematoencefálica. Por ello, el medicamento no tiene acceso al sistema nervioso central y debe administrarse por vía parenteral. Es bien tolerado por todos los pacientes, pero su alto precio y vía de administración subcutánea limitan su uso rutinario⁽⁵⁶⁾.

Dentro de las actividades de enfermería para el tratamiento del estreñimiento están medidas farmacológicas donde encontramos a los laxantes detergentes, lubricantes y surfactantes, actúan reblandeciendo las heces, sin embargo no se deben administrar a pacientes con disminución de conciencia por el riesgo de sufrir neumonía lipídica/química por aspiración; osmóticos o salinos como la lactulosa, sales de magnesio, polietilenglicol, actúan aumentando el paso del agua hasta el interior del intestino y así aumentan el volumen de las heces, cabe recalcar que con este tipo de laxantes es importante la ingesta de 1,5 a 2 litros de agua, para no producir una impactación fecal (fecaloma)⁽⁵⁴⁾.

También existen los incrementadores del bolo intestinal entre ellos están el salvado, la metilcelulosa, el plantago ovata, se administran vía oral, contraindicado en pacientes con

obstrucción intestinal o impactación fecal y tampoco son eficaces en pacientes con cáncer avanzado; en contraste Ordoñez indica que deben tener precaución ya que pueden dar sensación de llenura lo que favorece a la anorexia y por último los estimulantes o purgantes como el senósido, el bisacodilo y el polisulfato, actúan sobre la motilidad intestinal, impiden que el intestino absorba líquidos y electrolitos, están contraindicados en pacientes con obstrucción intestinal ⁽⁵⁴⁾ ⁽⁵⁵⁾.

Zapico y Ordoñez coinciden en actividades que permitan al paciente mejorar el confort tales como permitir la intimidad para ir al baño, evitar el consumo de bebidas gaseosas y alimentos flatulentos, cuidar la zona perianal aplicando lubricantes en el ano, compresas frías para aliviar el escozor, limpiar la piel con papel suave o toallitas jabonosas o con esponjas y jabones suaves ⁽⁵⁴⁾ ⁽⁵⁵⁾.

Ordoñez, añade la administración por vía rectal los supositorios de glicerina con el objetivo de ablandar las heces y la utilización de lubricantes como el aceite de oliva en forma de enemas para desimpactar las heces. En el caso de existir un fecaloma se aplicará un enema de limpieza con 100 ml de aceite de oliva por la noche sobre la utilización de supositorios por vía rectal dos días seguidos o un enema fosfatado cada mañana o dos enemas de limpieza en días consecutivos de litro y medio de agua con aceite ⁽⁵⁵⁾.

Adicionalmente están las medidas no farmacológicas como la dieta, pero en un paciente con cáncer avanzado no es aconsejable el consumo de fibra ya que puede existir dificultades para ingerir cualquier tipo de alimento y beber demasiada cantidad de líquidos por el riesgo de producir en poco tiempo un fecaloma. Por otro lado, se debe incorporar los masajes abdominales estos pueden ayudar al intestino en los movimientos peristálticos y que las heces puedan ir progresando a través del intestino ⁽⁵⁴⁾.

Al referirse a síntomas gastrointestinales en un paciente terminal los más comunes son las náuseas y vómitos, según Jaramillo et al. a medida que va avanzando la enfermedad estos síntomas van causando mayor molestia, disconfort, angustia y perturban la calidad de vida del paciente y de la familia, además menciona que tienen gran prevalencia en los pacientes oncológicos en un 70%; los factores que están relacionados son la enfermedad misma en etapa avanzada y el uso de opioides ⁽⁵⁷⁾.

Al hablar de medidas farmacológicas Jaramillo et al, y Natale J, nos describe el uso de metoclopramida como fármaco de primera elección, además de añadir también medicamentos antagonistas de 5HT3 como el ondansetrón que son aplicados en los pacientes que se han sometido a quimioterapia o radioterapia o cuando los vómitos no han sido manejados de manera correcta, e incluso se habla a cerca de corticoides en la cual se incluye a la dexametaxona y aprepitant ⁽⁵⁷⁾ ⁽⁵⁸⁾. En el caso de existir vómitos irruptivos Jaramillo et

al, recomienda el uso de domperidona, lorazepam/alprazolam siempre teniendo en cuenta la valoración en cuanto a efectos farmacológicos.

Dentro de las medidas no farmacológicas ante la prevención de la emesis tenemos, brindar un ambiente tranquilo y agradable, además de cuidar los olores fuertes y objetos, aunque el autor menciona que el aroma de café o pan tostado pueden mejorar el apetito y tolerancia. En cuanto a las recomendaciones de que ingerir, son los líquidos fríos carbónicos y alimentos en porciones pequeñas y varias veces al día ⁽⁵⁷⁾. Como otras intervenciones Ordoñez, habla acerca de colocar al paciente en posición semifowler sin presionar el abdomen, enseñar técnicas para disminuir el reflejo de vómito y el uso de gasa impregnada de alcohol, mientras que los cuidados de Gómez van enfocados a la relajación, hipnosis, distracción cognitiva ⁽⁵⁹⁾.

Autores como Jiménez y Ordoñez, coinciden que la anorexia es caracterizada por la pérdida de apetito y de peso asociado al cáncer, produciendo preocupación y malestar en la familia por la alteración de la imagen corporal ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵⁵⁾. Fanjul señala que es el segundo síntoma más frecuente en el paciente terminal tras la astenia ⁽⁶⁰⁾. Aparece en las fases terminales y está presente hasta en un 80% de los pacientes, siendo indispensable valorar posibles causas que hacen reversibles como el estreñimiento, náuseas, dolor no controlado y alteraciones en la mucosa oral ⁽⁵⁵⁾.

En su mayor parte, centramos la discusión en las intervenciones nutricionales y los medicamentos estimulantes de apetito, Childs et al, destacan que la anorexia asociada al cáncer no es un síntoma simple y aislado, sino que a menudo ocurre en presencia de múltiples factores como la quimioterapia, alteraciones de la mucosa oral mucositis, disgeusia, vómitos intensos y medicamentos de uso común como los opiáceos causan efectos gastrointestinales que disminuyen el deseo de comer ⁽⁶¹⁾.

El tratamiento incluye intervenciones nutricionales y la comunicación con la familia, este irá encaminado a mejorar el ambiente del paciente y mantener su confort, en el que se podría también, evitar los olores intensos y desagradable, no ofrecer alimentos continuamente, respetar los gustos del paciente, proporcionar alimentos fríos y líquidos y brindar porciones pequeñas ⁽⁵⁵⁾ ⁽⁶⁰⁾.

Fanjul añade otras intervenciones no farmacológicas tales como, realizar alrededor de 6-7 tomas adecuándolas a los deseos de los pacientes, crear horarios individualizados, no forzar las ingestas ya que puede generar sensación de frustración en el paciente, evitar dietas hiperproteicas y dietas ricas en fibra. Cuando el paciente se encuentre en estado de agonía, deberá fomentarse la ingesta de pequeñas cantidades de líquidos y priorizar en los cuidados de la boca ⁽⁶⁰⁾.

Las medidas farmacológicas de elección serán los corticoides como la dexametasona, metilprednisolona y la prednisona ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵⁵⁾, tienden a aumentar el apetito y la sensación de bienestar, sin embargo, las dos últimas mencionadas poseen un efecto transitorio que puede desaparecer de 4-5 semanas, por tal motivo se emplearon en pacientes con expectativa de vida corta o durante las últimas semanas ⁽⁵⁵⁾. Vallejo, además nos habla acerca del uso de esteroides anabólicos como decadurabolin y estimulantes de la motilidad gastrointestinal en donde encontramos la metoclopramida en infusión continua, según estudios los pacientes tuvieron mejoría al lograr consumir mayor cantidad de calorías ⁽⁶²⁾.

El medicamento que ha tenido buenos resultados es acetato de megestrol es un progestágeno, aumenta significativamente el apetito y peso, pero está indicado a pacientes con expectativa de vida de mayor a un mes, la desventaja es que posee un costo elevado. Ha demostrado tener un efecto directo de respuesta a la dosis, es decir, a mayor dosis mayor mejora de apetito, aunque produce un efecto de meseta, y por esta razón, la dosis recomendada es de 800 mg/día, el efecto adverso más grave del medicamento es la tromboflebitis, siendo necesario valorar riesgo-beneficio para el paciente ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵⁵⁾ ⁽⁶¹⁾.

También están los cannabinoides el Dronabinol en comparación con el acetato de megestrol posee menor efecto orexigénico, además, es importante mencionar que no se ha realizado suficientes investigaciones con el cannabis en sí, ya que tiene una composición química más compleja. En pacientes incapaces de deglutir que presenten cáncer de cabeza, cuello, esófago, estaría indicado una sonda nasogástrica o gastrostomía ya que mejora el estado nutricional pero también el grado de confort y la imagen corporal del paciente ⁽⁵⁵⁾ ⁽⁶¹⁾.

Childs y Jatoi en su artículo recalca que la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) indica sobre cuándo ofrecer nutrición artificial en el tratamiento del cáncer, sus pautas respaldan cuando los pacientes oncológicos no pueden mantener una ingesta oral adecuada, es decir déficit de alimentos mayor a una semana o menor del 60 % del requerimiento durante más de 1 a 2 semanas. Recomiendan escalar en el orden de la suplementación oral, seguida de la nutrición enteral y, por último, la nutrición parenteral ⁽⁶³⁾.

Sin embargo, es necesario considerar que la alimentación enteral y parenteral se empleará solo cuando el pronóstico de vida es prolongado, aunque la mayoría de los autores como Fajul y Childs concuerdan que aquellos pacientes con cáncer avanzado e incurable evitar el uso de apoyo nutricional invasivo ya que provocará disconfort al usuario o limitarse solo a casos en los que exista problemas obstructivos que causen disfagia, odinofagia y disfunciones epiglóticas ⁽⁶⁰⁾ ⁽⁶¹⁾.

Otros de los síntomas son las úlceras por presión, Fajul, menciona que se asocian a una mayor morbi-mortalidad, reducción de la calidad de vida tanto para el usuario y su familia,

afectando física y emocionalmente⁽⁶⁰⁾⁽⁶⁴⁾. Cabe recalcar que alrededor del 95% de las úlceras son prevenibles, razón por la cual, enfermería juega un papel importante dentro de la prevención evitando la sobreinfección y posible desarrollo de infecciones extensas como la fascitis necrotizante, según Moyano, aunque es infrecuente es una complicación grave que deteriora la calidad de vida y que puede llevar a la muerte⁽⁶³⁾.

Para Fajul las UPP es una lesión de la piel producto de un proceso isquémico, afecta a las capas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo, se localiza generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de fuerzas mecánicas externas la presión, fricción y cizallamiento, aunque en ocasiones pueden deberse a la utilización de dispositivos clínicos. Sin embargo, Campos, indica que cuando la presión ejercida en la piel es mayor a la presión de oclusión capilar, es decir, mayor a 32 mmHg esta afecta al tejido. Ambos autores coinciden sobre los factores predisponentes tales como situaciones clínicas complicadas, consecuencia de la incapacidad motora, déficits nutricionales, limitación de movimientos, entre otros⁽⁶⁰⁾⁽⁶⁴⁾.

La mayoría de los pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos presentan vulnerabilidad para desarrollar deterioro de la integridad cutánea, mayor predisposición para el desarrollo de estas los tumores dermatológicos. Las posiciones más habituales para el desarrollo de las UPP son decúbito supino, prono y fowler. Además, la localización difiere con la edad por lo general en niño habrá mayor predisposición en la región occipital, orejas u pies, y en adultos en la zona sacra y talones. El signo inicial es la presencia de enrojecimiento, seguida de isquemia o anoxia en el tejido, estos a su vez se destruyen causando el deterioro progresivo y necrosis de los tejidos subyacentes⁽⁶⁰⁾⁽⁶⁴⁾.

El objetivo principal del tratamiento no es la recuperación, si no procurar el confort del paciente, sin acelerar ni retrasar la muerte y esta debe ser la base de cualquier pauta terapéutica, intentando que las heridas no afecten a su calidad de vida, se debe reducir las técnicas agresivas o traumáticas para el paciente, por lo tanto, el desbridamiento de heridas no se realizará, con el fin de evitar infecciones, las heridas deben mantenerse limpias y protegidas en la medida de lo posible. Dentro de las intervenciones de enfermería están los cambios posturales cada 2-3 horas, mantener una buena hidratación e integridad de la piel, fomentar la nutrición y la protección de la piel perilesional con apósitos⁽⁶⁰⁾⁽⁶³⁾⁽⁶⁴⁾.

Otras de las intervenciones mencionadas por Fajul indica que los apósitos de elección son los no adherente de silicona, hidrogel, el alginato que absorbe grandes cantidades de exudado y es ideal para úlceras en categoría III y IV, los hidrocoloides que están envueltos en un film de poliuretano que los hace oclusivos, tienen capacidad autolítica para eliminar la capa necrótico, apósitos de plata estos se activan con la humedad produciendo daño en las bacterias, de yodo, es efectivo como agente microbiano y para favorecer la cicatrización de

las heridas, tiene capacidad autolítica y de absorción de exudado y de carbón activado, se utilizan en úlceras con mal olor, heridas oncológicas o durante la infección de la herida ⁽⁶⁰⁾.

Dentro de las medidas farmacológicas está el uso de antibioterapia los principales medicamentos utilizados son el carbapenem o combinaciones de ampicilina-sulbactam con clindamicina o metronidazol y otras técnicas como la utilización de sistemas anti-presión ⁽⁶³⁾, uso de superficies especiales del manejo de la presión tanto como cojines o colchones, evitar la formación de pliegues en la ropa del paciente o de la cama. Las úlceras por presión se clasifican en estadios según las estructuras afectas de los tejidos ⁽⁶⁴⁾. Para identificar de forma objetiva el riesgo se han desarrollado diversas escalas, como son las de Norton, Emina y Braden.

En el momento de intervenir en las convulsiones que se presentan en los pacientes al final de la vida los autores hablan a cerca del tratamiento farmacológico, Ibáñez y Santacruz concuerdan en la aplicación de levetiracetam, se menciona su uso por vía subcutánea la cual ha tenido un efectivo control de los estatus epilépticos, sin embargo, se recomienda este medicamento solo para casos refractarios y/o como tratamiento crónico ^{(40) (65)}. Para la fase aguda, los autores concuerdan en que lo idóneo es diazepam o midazolam ^{(40) (66)}. Otra intervención manifestada por Ibáñez es la sedación paliativa la cual es cuestionada en el enfoque costo-beneficio, ya que puede mejorar el síntoma, pero aparecer complicaciones.

El tratamiento de las convulsiones en los pacientes que reciben cuidados paliativos se basa en el control de síntomas, sin embargo, enfermería tiene una función importante en cuanto a resolver situaciones de riesgo vital (vía aérea obstruida, hipertensión intracraneal) o que reduzcan la calidad de vida (vómito incoercible, dolor refractario), además de prevenir posible lesiones traumáticas y complicaciones durante y después de la crisis convulsiva ⁽⁶⁶⁾ ⁽⁷²⁾.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias, los mismos que se encuentran atravesando una enfermedad en fase avanzada y progresiva, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, con una identificación temprana, evaluación sistemática y el tratamiento del dolor y otros problemas bio-psico-sociales que permitirán mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El rol de enfermería juega un papel fundamental en los cuidados paliativos, ya que son el eje principal en el área de trabajo permaneciendo mayor cantidad de tiempo y estrecho contacto con el paciente, asegurando calidad y continuidad de los cuidados, además de brindar una atención holística. Enfermería, asume funciones que van desde el tratamiento del dolor y control de síntomas a proporcionar escucha activa en cada necesidad, sin olvidar la voluntad de cada persona de recibir atención en su domicilio o en el hospital.

Los síntomas más prevalentes que cursan los pacientes en la etapa final de la vida son las heridas tumorales, dolor, delirio, estreñimiento, debilidad, anorexia, disnea, alteraciones de la mucosa oral, náuseas, vómitos, úlceras por presión y convulsiones. Siendo indispensable la identificación de intervenciones de enfermería y establecer los resultados deseados, estas a su vez irán dirigidas a ofrecer apoyo físico, emocional y espiritual, debido a que los síntomas son cambiantes en el tiempo ya sea por la evolución de la enfermedad o efectos secundarios del tratamiento, la evaluación y reevaluación constante es una necesidad fundamental en los cuidados paliativos.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que los profesionales sanitarios encargados de la atención dirigida a pacientes paliativos deben poseer una adecuada preparación en la especialidad con la finalidad de ejercer de una manera óptima la prestación de su servicio. Promoviendo la humanización de la asistencia en los aspectos técnicos realizando cuidados individualizados y brindar una atención de calidad y calidez.

Realizar constantemente capacitaciones con relación a cuidados paliativos independientemente del ámbito asistencial, para desarrollar habilidades y destrezas, disminuyendo el sufrimiento que atraviesa el paciente, mejorando la comunicación efectiva y su calidad de vida.

Evaluar las necesidades de cada usuario, ya que al tener un criterio global será más factible la comprensión de la realidad del enfermo paliativo, lo que como profesionales de salud nos incentiva a tener un conocimiento amplio que garanticen un cuidado integral basado en fundamento científico y la experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer. [Internet]; 2021. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cáncer - OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]; 2017. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>.
3. Pastrana T, De Lima L, Sánchez M, Van Steijn D, Garralda E, Pons J, et al. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica. [Internet]; 2020. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/60351>.
4. Organización de las Naciones Unidas (ONU). El cáncer mató a diez millones de personas en 2020, la mayoría en países de renta baja y media. Noticias ONU. [Internet]; 2021. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/02/1487492>.
5. INEC. Cáncer de Mamá - Ministerio de Salud Pública. [Internet]; 2018. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/cifras-de-ecuador-cancer-de-mama/>.
6. Ruiz R, Bravo N, Peña F, Navarro N, Seco A, Carralero A. Intervención enfermera sobre la calidad de vida en personas con cuidados paliativos domiciliarios: revisión sistemática. *Med Paliativa*. 2017; 24(2).
7. Verdesoto S, Quenoran V. Conocimientos del cuidador informal en el Manejo del Paciente Oncológico en Fase Paliativa. [Internet]; 2021. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3368/html>.
8. Arias T, Cusme N. Cuidados paliativos en pacientes oncológicos pertenecientes a SOLCA Núcleo de Tungurahua. *Enfermería Investig*. 2021; 6(40).
9. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. [Internet]; 2017. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal.
10. Erazo J. Cuidados Paliativos: Aspectos Generales Palliative Care: General Facts. [Internet]; 2018. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14775/ErazoAlegr%C3%ADa%2C%20Juan%20David.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

11. Jiménez F, Román P, Díaz M. Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud: Proceso oncológico. [Internet]; 2017. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/193639>.
12. Vallejo P, Sánchez C, Robalino E, Vázquez M. Análisis constitucional de los cuidados paliativos como derecho humano exigible en pacientes oncológicos respecto a una vida digna. *Revista Científica FIPCAEC*. 2021; 6(2).
13. Vallejo M, Lino N, Quinto R. Estudio de Pertinencia de los cuidados paliativos en Ecuador. *Revista Oncol*. 2017; 27(3).
14. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. [Internet]; 2008. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
15. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [Internet]; 2010. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ACUERDO+0001+TOMO%2001+2011+20191028+0018.pdf>.
16. López J, Lugones M. Avances de la medicina en el siglo XX. *Scielo*. 2002; 18(4).
17. Figueredo K. Cuidados paliativos: evolución y desarrollo en Cuba.. *Enfermería Global*. 2016; 10(21).
18. LEY ORGANICA DE SALUD. LEY ORGANICA DE SALUD. [Internet]; 2015. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados paliativos. [Internet]; 2020. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
20. Ministerio de Salud Pública (MSP). Cuidados Paliativos: Guía Clínica (GPC). [Internet]; 2014. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20Cuidados%20paliativos%20FINAL.pdf>.
21. Instituto Nacional de Investigación de Enfermería. Cuidados paliativos. [Internet]; 2020. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.ninr.nih.gov/sites/files/docs/cuidadospaliativos.pdf>.

22. OPS. Cuidados Paliativos. [Internet]; 2016. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es.
23. Amado J, Oscanoa T. Deficiones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horiz Médico*. 2020; 20(3).
24. Instituto nacional del Cáncer. Etapa final de la vida. [Internet]; 2020. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/etapa-final-pdq>.
25. Instituto Nacional del Cáncer (NIH). manual de enfermería oncológica. [Internet]; 2014. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/download/CUIDADOS PALIATIVOS/Manual de Enfermeria Oncologica. 2014.pdf>.
26. Runzer F, Parodi J, Pérez C, Echegaray K, Samamé J. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deudUse the "Insert Citation" button to add citations to this document.
a pendiente de los servicios de salud. *Acta Med Perú*. 2019; 36(2).
27. Santo M, García R, Silva M. Confort de los pacientes en cuidados paliativos: Una revisión integradora. *Enfermería Global*. 2021; 20(64).
28. Rodríguez A, Garcés R, Paz L. Los cuidados paliativos, una revisión documental. *Revista Ciencias de la Salud*. 2017; 2.
29. Noboa M, Zapata S. Evaluación de la calidad de atención en cuidados paliativos desde la perspectiva del paciente mediante el instrumento QPP-PC en el Hospice San Camilo periodo 2016. [Internet]; 2016. [Citado 08 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12835>.
30. Figueiredo J, Souza V, Coelho H, Souza R. Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. *Revista Enfer do Centro-Oeste Mineiro enferm*. 2019; 8.
31. Guevara M, Santos J, Santos I, Valdez F. Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud. 2017; 22(4).
32. Rodríguez O. La enfermera y los cuidados al final de la vida. *Revista Cuba enferm*. 2018; 34(4).

33. Ripley K, Collier M. Manejo de problemas de viabilidad de tejidos en pacientes con cáncer que se acercan al final de la vida. *Norma de Enfermería*. 2017; 31(32).
34. Freitas del Castro M, Alves dos Santos G, Claro Fuly P, Salvador M, Ribeiro T. Intervenciones de enfermería para pacientes oncológicos con mal olor en herida tumoral. *Aquichan*. 2017; 17(3).
35. Barbosa m, Esquivel L, Jiménez m, González M. Revisión de las prácticas de enfermería en cuidado paliativo de pacientes con heridas oncológicas. *Investigación en Enfermería*. 2019; 21(2).
36. Woo K, Krasner D, Kennedy B, Wardle D, Moir O. Palliative wound care management strategies for palliative patients and their circles of care. *Avances en el cuidado de la piel y las heridas*. 2017; 28(3).
37. Torcal M, Ventoso S. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. *Revista Clínica Med Fam*. 2020; 13(3).
38. Díaz Y, Hernández Y, Hernández L, Cuevas , Fernández D. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *Revista Electrónica*. 2019; 17(4).
39. González S. Dolor en el paciente oncológico y terminal. *Npunto*. 2021; 4(43).
40. Ibañez L, López J, Ramírez M, Escobar M, Sánchez M. Abordaje de los síntomas neurológicos desde la perspectiva de los cuidados paliativos. *Revista Univ Ind Santander Salud*. 2018; 50(3).
41. Fuentes C, Schonfeldt M, Rojas O, Briganti M, Droguett M, Muñoz E, et al. Delirio en el paciente oncológico. *Revista Med Clin Condes*. 2017; 28(6).
42. Acosta N. Delirio en niños críticamente enfermos. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2020; 68(4).
43. Prayce R, Quaresma F, Neto I. Delirium: The 7th Vital Sign? *Acta Med Post*. 2018; 31(1).
44. Pao Mole Bento M, Dourado R, Pontifice Sousa P. Delirium: Intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado - una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*. 2018; 17(52).
45. Margarito Vaz Alve A, Reis Saraiva Pina P. Disnea en cuidados paliativos: Registro de enfermería y autoevaluación de la disnea. *Enf Referencia*. 2018; 4(16).

46. Verdú R, Aliques D, Jiménez A, Sanz A, Soler R. Control de los síntomas en pacientes terminales: efectividad del tratamiento de la disnea irruptiva con opioides. revista Soc. Esp. Dolor. 2017; 24(4).
47. Celada C, García J, Pérez S, Navarrete C. Incidencia y control de síntomas al final de la vida de pacientes con cáncer. Revista Finlay. 2021; 11(4).
48. Moreira P, Salgado A. Actividades de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en etapa terminal en el área de cuidados paliativos. 2018.
49. Pereira J, Mercado M, Quintero J, López O, Díaz M, Juárez R. Efectos y beneficios del entrenamiento de fuerza en pacientes con cáncer, revisión sistemática de la literatura. Univ. Méd. Pinareña. 2020; 16(3).
50. Briansó M, Miralles A, Ramos j, Burló N, Aguilar A, Español M, et al. La mucositis en el paciente onco-hematológico. Cuidados de Enefermería. Revista Electrónica de Portales Médicos. 2017.
51. Jiménez R, Román P, Díaz M. Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud: Proceso oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo. Editorial Universidad de Almeria. 2017.
52. Caunedo J. Los cuidados de enfermería al paciente terminal en su domicilio. Revista de SEAPA. 2017; 4(4).
53. Gándara del Castillo A, Herrera M, Vicente Martín C, Fraile J, Delgado R. Prevalence of the need for sodium intake restriction and use of laxatives in palliative patients. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2018; 110(11).
54. Zapico G, Alosnos Fernández S, Tomero E. Tratamiento del estreñimiento inducido por opiáceos en paciente adulto terminal. Revista Enfermería Comunitaria. 2018; 6(1).
55. Ordoñez M. Problemas más frecuentes en pacientes oncológicos. Enfermería Inv. 2019; 4(2).
56. Migabure B. Naloxegol para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides: un estudio descriptivo de seguimiento anual en tres pacientes con dolor crónico por cáncer. Med Paliat. 2019; 26(2).
57. Jaramillo D, Muñoz C, Nuvan A, Benavides F. Revisión sistemática para el abordaje de síntomas desagradables gastrointestinales en cuidados paliativos. Revista Cuid. 2019.

58. Natale J. Overview of the prevention and management of CINV.. The American journal of managet care. 2018; 24(18).
59. De Souza Ramos P, Freitas V, Borges Dutra L, Magalbaes da Silva N. Acupuntura no controle de náuseas e vômitos em pacientes oncológicos. Rev. Enferm. 2021; 15.
60. Fanjul S, Furones E. Úlceras por presión en personas al final de la vida. Tratamiento paliativo. N punto. 2021; 4(39).
61. Childs D, Jatoi A. Hambre de hambre: Una revisión de las terapias paliativas para la anorexia asociada al cáncer. APM. 2019; 8(1).
62. Vallejo M, Baque J. Alimentación y cuidados paliativos en el paciente oncológico terminal. Rev. Nutr. Clin. Metab. 2021; 4(2).
63. Moyano A, Acosta M, Moya E, Ruiz E. Fascitis necrotizante secundaria a úlcera por presión. Rev. Clin. Med. Fam. 2019; 12(1).
64. Campos I. Úlceras por presión e cuidados paliativos. N punto. 2021; 4(39).
65. Santacruz V, Rondón A, Ginovart M, Zagala M, Monteso j. Levetiracetam en perfusión continua subcutánea en atención de final de vida. Med Paliat. 2020; 27(1).
66. León M, Rodríguez M, Rodríguez L, Pérez M, Ibáñez F, Arce S. Guía para el manejo de las crisis epilépticas en cuidados paliativos: propuesta de un modelo actualizado de práctica clínica basado en una revisión sistemática de la literatura. Neurología. 2019; 34(3).
67. Santos W, Santos P, Souto M, Salvador M, Lima L. Asociación entre olor y aislamiento social en pacientes con heridas tumorales malignas: estudio piloto. Enfermería Global. 219; 18(53).
68. Duque p, Tovar S, Luna D, Rodríguez J. Revisión sistemática del cuidado al final de la vida. Medicina Paliativa. 2019; 26(2).
69. Gómez M, Briñez K, Pacheco S. Teoría de síntomas desagradables para el cuidado de enfermería en náuseas y vómito de niños con quimioterapia. Portal Regional de la BVS. 2020.
70. Kalfest L, Galland L, Ledys F, Ghiringhelli F, Limagne E, Ladoire S. Impact of Glucocorticoid use in Oncology in the Immunotherapi. Era Cells. 2022; 11(5).

71. Rodríguez D, Frías E, Santana S. Requerimientos ajustados a la Desnutrición del Paciente Oncológico. *Revista Oncol. Ecu.* 28; 29(2).
72. Cano L, Díaz A, Cacho B, Duran A. *Acta Médica.* 2020; 18(1).

ANEXOS

Anexo 1. Cuidados paliativos en pacientes oncológicos

Autores	Discusión de autores	Dimensión	Análisis personal	Cuidados de enfermería
<p>Freitas de Castro et al ⁽³⁴⁾. Año de publicación: 2017 Base de obtención: Revista Científica Aquichan</p>	<p>En relación con las heridas tumorales incluyen úlceras por presión, heridas isquémicas y cambios en la piel en las heridas, tienden a comprometerse por disminución de la perfusión sanguínea provocando isquemia y muerte del tejido.</p>	<p>Heridas tumorales</p>	<p>La actuación por parte del personal de enfermería se enfoca en las características principales de una herida tumoral como es el dolor, olor y exudado pues es una de las causas que afecta considerablemente a la calidad de vida del paciente oncológico. Mediante una identificación oportuna de las características de una herida tumoral se realiza intervenciones para controlar y minimizar estos síntomas desagradables que producen en el paciente sufrimiento psicológico, físico y aislamiento social.</p>	<p>Aplicar apósitos estéticos ⁽³⁴⁾. Cambios frecuentes de apósitos ⁽³⁴⁾. Realizar desbridamiento ⁽³⁴⁾. Uso de antibióticos tópicos ⁽³⁴⁾. Apósitos superabsorbentes a base de carbón activado, alginato de calcio, espumas e hidrofibras ⁽³⁵⁾. Aplicación de pomadas a base de vitaminas A y D, óxido de zinc, aceite a base de silicona ⁽³⁵⁾. Evitarse el uso de apósitos hidrocoloides, hidrogeles y retención de la humedad en heridas no curables ⁽³⁶⁾. Uso del metronidazol gel para el control del olor ^{(35) (67) (33)}.</p>
<p>Barbosa Céspedes MA, Esquivel Díaz LP, Jiménez Ramírez ML, González Sabogal M ⁽³⁵⁾. Año de publicación: 2019 Base de obtención: REVISTA JAVERIANA</p>	<p>Tres autores concuerdan que las heridas tumorales son lesiones crónicas formadas por la infiltración de células malignas en las estructuras de la piel, con alto índice de contaminación por bacterias aerobias y anaerobias produciendo la rotura del tegumento a través del proceso de oncogénesis generando alto impacto en la calidad de vida al tornarse dolorosas y con olor</p>			
<p>Woo K, Krasner D, Kennedy B, Wardle D, Moir O ⁽³⁶⁾. Año de publicación: 2017 Base de obtención:</p>				

Avances en el cuidado de heridas en la piel	fétido en los últimos seis meses de vida.		El olor es el signo que tiene mayor impacto en un paciente con herida tumoral generando vergüenza, preocupación y a su vez afectando el apetito, sensación del sabor, generando náuseas y vómitos las mismas que van deteriorando su estado nutricional además de influir en su autoestima.	Tiras hidrocoloides delgadas para "enmarcar" la herida ⁽³⁵⁾ ⁽³³⁾ .
Santos WA, Santos Claro Fuly P, Souto MD, Salvador Caldeira dos Santos ML, Lima Beretta L ⁽⁶⁷⁾ .				Apósitos de alginato, pueden reducir el sangrado al mejorar la cascada de la coagulación ⁽³⁵⁾ ⁽³³⁾ .
Año de publicación: 2019 Base de obtención: ENFERMERÍA GLOBAL				
Ripley KR, Collier M ⁽³³⁾ .				
Año de publicación: 2017 Base de obtención: NURSING STANDARD				
Torcal Baz M, Ventoso Mora SA ⁽³⁷⁾ .	Los autores coinciden que el dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, se produce por diferentes mecanismos fisiológicos y	Dolor	Evitar la presencia de dolor al final de la vida es imposible, considerando que es uno de los síntomas más frecuentes, pero con mayor grado de control, de ahí el reto que tiene la profesión de enfermería	escalera analgésica Fármacos de primer escalón (paracetamol, aspirina, metamizol, ibuprofeno, dexketoprofeno, naproxeno,

<p>Duque PA, Tovar Ortiz SA, Luna Reinos DA y Rodríguez Marín JE ⁽⁶⁸⁾.</p> <p>Año de publicación: 2019</p> <p>Base de obtención: MEDICINA PALIATIVA</p>	<p>psicológicos al final de la vida, el cual varía en función del estadio de la enfermedad volviéndose crónico cuando persiste durante un período prolongado mayor de 6 meses.</p>		<p>respecto a mejorar la calidad de vida. El manejo de dolor se enfoca principalmente en la terapia farmacológica donde los analgésicos son el grupo de medicamentos de elección influyendo positivamente en la disminución del dolor, además se integran nuevos medicamentos coadyuvantes para el manejo de este. Por otra parte, se han implementado medidas no farmacológicas mejorando el confort de los usuarios interviniendo así sobre el sufrimiento físico y con ello propiciar una muerte digna.</p>	<p>meloxicam, lorinoxican, celecoxib, etoricoxib) ^{(37) (38)}.</p> <p>Segundo escalón (codeína, tramadol, dihidrocodeína) ^{(37) (38)}.</p> <p>Tercer escalón (morfina, oxicadona, fentanilo, buprenorfina, tapentadol, hidromorfina, metadona) ^{(37) (38)}.</p>
<p>González González S ⁽³⁹⁾.</p> <p>Año de publicación: 2021</p> <p>Base de obtención: Revista NPunto</p>				<p>Técnicas no farmacológicas</p> <p>Psicoterapia, laborterapia, arteterapia, laser, ultrasonido, auriculoterapia, hipnosis, visualización, reiki, Kinesioterapia física, terapia floral, acupuntura, homeopatía, quiromasaje, musicoterapia ⁽⁶⁸⁾.</p> <p>Terapias físicas, cambios posturales, medidas ambientales confortables, terapias psicológicas, intervención social y psicoeducativa ⁽³⁹⁾.</p> <p>Crioterapia, técnicas de relajación ^{(68) (39)}.</p>
<p>Díaz Juvier YL, Hernández Ortega Y, Hernández Rodríguez LA, Cuevas Pérez, OL, Fernández Ruiz DR ⁽³⁸⁾.</p> <p>Año de publicación: 2019</p> <p>Base de obtención: Revista Electrónica</p>				

				Acupuntura, estimulación eléctrica, aromaterapia, masoterapia ⁽⁶⁸⁾ ⁽³⁸⁾ .
<p>Ibáñez Alfonso LE, López Alba JA, Ramírez Ospina MA, Escobar Ruiz MC, Sánchez Cárdenas AM⁽⁴⁰⁾.</p> <p>Año de publicación: 2018</p> <p>Base de obtención: Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud</p>	<p>Con relación al delirio la mayoría de los autores concuerdan que es un síndrome neuropsiquiátrico y puede aparecer durante todo el curso de la enfermedad oncológica, en especial en pacientes con cáncer avanzado, es considerado grave, debilitante y multifactorial, dentro de las características principales está la alteración cognitiva que se manifiesta por fluctuaciones de la consciencia, dificultades en la atención, memoria, pensamiento, percepción y comportamiento, siendo un predictor de la gravedad y duración del cuadro clínico, interfiriendo en la valoración y manejo del dolor y otros síntomas. En contraposición autores como Fuentes y Acosta mencionan que el delirium no es producto de un</p>	<p>Delirio</p>	<p>Es un síntoma que se presenta con mayor frecuencia en la fase final de la enfermedad oncológica, y está asociado a la morbimortalidad. Se describen 3 tipos en lo cual se menciona que el delirio hipoactivo es el que más se presenta, así mismo se describe que por lo general el delirio es irreversible (delirium terminal), aunque también se menciona que cuando los factores son a consecuencia de infecciones, medicación y alteraciones hidroelectrolíticas el delirio es reversible. Como complicación neuropsiquiátrica es considerada debilitante, grave que causa angustia y preocupación en los pacientes,</p>	<p>Medidas farmacológicas</p> <p>Haloperidol, Alanzapina clorpromazina⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾.</p> <p>Risperidona, Quetiapina o benzodiazepinas como el Lorazepam⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾.</p> <p>Rivastigmina o donepezilo⁽⁴³⁾.</p> <p>Dexmedetomidina⁽⁴¹⁾ ⁽⁴³⁾.</p>
<p>Fuentes C, et al⁽⁴¹⁾.</p> <p>Año de publicación: 2017</p> <p>Base de obtención: Revista Médica Clínica Las Condes</p>				<p>estrategias no farmacológicas</p> <p>Establecer una rutina diaria⁽⁴²⁾.</p> <p>Reprogramar medicaciones y procedimientos según se requiera⁽⁴²⁾.</p> <p>Mantener adecuada hidratación y nutrición⁽⁴²⁾.</p> <p>Suministrar bebidas calientes a la hora de acostarse⁽⁴²⁾.</p> <p>Minimizar la ingesta de cafeína⁽⁴²⁾.</p>
<p>Acosta Murillo NR⁽⁴²⁾.</p> <p>Año de publicación: 2020</p> <p>Base de obtención: Revista de la Facultad de Medicina</p>				

<p>Pão Mole Bento MS, Dourado Marques RM, Pontífice Sousa P⁽⁴⁴⁾.</p> <p>Año de publicación: 2018</p> <p>Base de obtención: Enfermería Global</p>	<p>trastorno neurocognitivo, sino que es causada por otra afección médica, siendo las enfermedades crónicas las causas más comunes.</p>		<p>cuidadores e incluso puede llegar a dificultar la interpretación de otros síntomas.</p>	<p>Administración de melatonina⁽⁴²⁾.</p> <p>Atenuación de la luz⁽⁴⁴⁾.</p> <p>Reducción de ruido a < 80 decibelios⁽⁴⁴⁾.</p> <p>Promover la movilidad⁽⁴⁴⁾.</p>
<p>Prayce R, Quaresma F, Neto IG⁽⁴³⁾.</p> <p>Año de publicación: 2018</p> <p>Base de obtención: Acta Médica Portuguesa</p>				<p>Promover la participación de la familia en la atención⁽⁴⁴⁾.</p> <p>Manejo del ritmo circadiano⁽⁴⁴⁾.</p> <p>Controlar el dolor (a través de la evaluación, registro y monitorización)⁽⁴⁴⁾.</p> <p>Favorecer el patrón de sueño, evitando períodos de sueño durante el día⁽⁴⁴⁾.</p> <p>Aplicar técnicas de relajamiento⁽⁴²⁾ ⁽⁴⁴⁾.</p> <p>Monitorizar diariamente el patrón vesical e intestinal⁽⁴³⁾.</p> <p>Espacio tranquilo e iluminado⁽⁴⁴⁾ ⁽⁴³⁾.</p>

				La estimulación visual, auditiva y táctil potencia las funciones cognitivas ⁽⁴³⁾ .
<p>Margarido Vaz Alves AR, Reis Saraiva Pina PS ⁽⁴⁵⁾.</p> <p>Año de publicación: 2018</p> <p>Base de obtención: Revista de Enfermería. Referencia</p>	<p>La disnea es una experiencia subjetiva caracterizada por la dificultad respiratoria aparece de forma brusca y varía de intensidad a medida que disminuye la esperanza de supervivencia del individuo, siendo uno de los síntomas más agobiantes al ser multifactorial.</p>	<p>Disnea</p>	<p>Tiende a aparecer en cualquier etapa de la enfermedad, siendo importante el accionar del personal de enfermería en la identificación del mismo tras una valoración rápida y sencilla como lo es la monitorización respiratoria, destacándose como la intervención más prevalente para detectar la dificultad respiratoria enfocándose el disminuir su intensidad, permitiendo así un mejor control de la misma, alivio del sufrimiento y reducción de la probabilidad de afección a órganos diana, además se ha descrito la utilización de medidas farmacológicas solo en casos de existir hipoxia.</p>	<p>Monitorizar la respiración ⁽⁴⁵⁾.</p> <p>Colocar en posición semifowler ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁴⁶⁾.</p> <p>Oxigenoterapia únicamente en caso de hipoxia ⁽⁴⁶⁾.</p> <p>Fentanilo sublingual ⁽⁴⁶⁾.</p>
<p>Verdú Masiá R, Aliques D, Jiménez AJ, Sanz Yagüe A, Soler López B ⁽⁴⁶⁾.</p> <p>Año de publicación: 2017</p> <p>Base de obtención: Revista de la Sociedad Española del Dolor</p>				<p>Brindar aire fresco en la cara con un abanico o ventilador ⁽⁴⁶⁾ ⁽⁴⁷⁾.</p> <p>Administración de esteroides, ansiolíticos, sedantes e incluso, el uso de la morfina ⁽⁴⁷⁾.</p>
<p>Celada Cifuentes C, García Gutiérrez J, Pérez Palenzuela S, Navarrete Dávalos C ⁽⁴⁷⁾.</p> <p>Año de publicación: 2021</p>				

Base de obtención: Revista Finlay								
Celada Cifuentes C, García Gutiérrez J, Pérez Palenzuela S, Navarrete Dávalos C ⁽⁴⁷⁾ . Año de publicación: 2021 Base de obtención: Revista Finlay	La debilidad es una sensación abrumadora se caracteriza por sentimientos subjetivos de agotamiento y falta de energía, su fisiopatología se da por factores lipolíticos y proteolíticos, producto de la degradación del propio tumor, factor de necrosis tumoral e interleucinas 1 y 6.	Debilidad	Es el síntoma más frecuente en pacientes oncológicos, pero con menor grado de control, se caracteriza por una sensación abrumadora y mantenida de agotamiento que no se alivia con el reposo, siendo necesario que el profesional de la salud comprende esto, la conducta está dirigida a que este síntoma no altere negativamente la vida y se sugiere al paciente realizar otras actividades que no requieran de gran esfuerzo físico mejorando así la calidad de vida en el control del dolor a corto plazo, disminuyendo la fatiga y la mejora de la movilidad y fuerza de extremidades.	Facilitar el sueño o el reposo ⁽⁴⁸⁾ . Explicar las causas de la fatiga a la persona y familia ⁽⁴⁸⁾ . Establecer prioridades en las actividades ⁽⁴⁸⁾ . Fomentar ejercicio controlado ⁽⁴⁸⁾ . Utilizar dispositivos de ayuda como andadores, silla de ruedas, etc ⁽⁴⁸⁾ . Actividades de manejo de la energía ⁽⁴⁸⁾ . Ayudarle a identificar las actividades que causan más fatiga para evitarlas o modificarlas ^{(47) (48) (49)} . Psicoestimulantes ⁽⁴⁸⁾ .				
Moreira Vélez PN, Salgado Borja AE ⁽⁴⁸⁾ . Año de publicación: 2018 Base de obtención: Repositorio Digital UCSG								
Pereira-Rodríguez JE, Mercado-Arrieta MA, Quintero-Gómez JC, López-Flores O, Díaz-Bravo M, Juárez-Vilchis R ⁽⁴⁹⁾ . Año de publicación: 2020								

Base de obtención: Univ Méd Pinareña				
<p>Briansó Llord M, et al ⁽⁵⁰⁾. Año de publicación: 2017 Base de obtención: Revista médica de Portales Médico</p>	<p>Dos autores coinciden en que la mucositis es una complicación de los pacientes que se encuentran en tratamiento de radioterapia o quimioterapia, es definida como una reacción tóxica inflamatoria que afecta el tracto gastrointestinal, provocando dolor intenso, dificultad para tragar, además de desarrollar infecciones oportunistas.</p>	<p>Xerostomía, mucositis, disgeusia</p>	<p>Los profesionales de enfermería deben proporcionar cuidados determinados según el grado de afección en la mucosa oral, producidas con mayor frecuencia por radioterapia, quimioterapia, así también existen otros factores predisponentes como el uso de fármacos citotóxicos, disminuyendo la calidad de vida del usuario, provocando dolor y dificultad para deglutir y hablar, además si no se controla puede originar múltiples complicaciones, como infecciones o sangrados. Por tanto, la enfermera juega un papel clave para evitar la alteración en la cavidad oral, promoviendo una buena higiene bucal, en el caso de verse afectada enfermería</p>	<p>Inspección rutinaria de la cavidad oral ⁽⁵⁰⁾. Tomar alimentos triturados o blandos ⁽⁵⁰⁾. Humectar los labios son soluciones de metilcelulosa, crema hidratante. Evitar el uso de vaselina debido a que al ser una sustancia hidrófoba puede producir mayor sequedad ⁽⁵²⁾. Evitar alimentos ácidos, alimentos de textura dura y áspera, consumo de alcohol y tabaco, cafeína, entre otros ⁽⁴⁸⁾ ⁽⁵¹⁾. Utilizar cepillos de cerda blanda, pasta dentífrica rica en flúor, cacao o lanolina para mantener los labios hidratados ⁽⁵⁰⁾ ⁽⁵¹⁾. No utilizar seda dental, cepillo eléctrico, colutorios que contengan alcohol ⁽⁴⁸⁾ ⁽⁵⁰⁾ ⁽⁵¹⁾.</p>
<p>Jiménez López R, Román López P, Díaz Cortés MM ⁽⁵¹⁾. Año de publicación: 2017 Base de obtención: Libro</p>	<p>Respecto a la boca seca o xerostomía está relacionada estrechamente con la radiación al destruir las células que forman las glándulas salivales e influyen en la cantidad y calidad de saliva segregada, por lo contrario, otros autores mencionan que la causa más frecuente es la ingesta de fármacos.</p>			
<p>Caunedo Suárez J ⁽⁵²⁾. Año de publicación: 2017 Base de obtención: Enfermería Comunitaria</p>				
<p>Moreira Vélez PN, Salgado Borja AE ⁽⁴⁸⁾. Año de publicación: 2018</p>				

<p>Base de obtención: Repositorio Digital UCSG</p>			<p>debe identificarlo y buscar soluciones para asegurar el correcto aseo. Proporcionando sensación de bienestar y comodidad, integrando a la familia en su cuidado que deberá realizar cada día y en fase terminal cada 4 horas.</p>	<p>Enjuagues con manzanilla y limón⁽⁴⁸⁾.</p> <p>Realizar la higiene de la boca después de cada comida, y después de un episodio de vómito^{(48) (51) (52)}.</p> <p>Humedecer la mucosa con cubos de hielo⁽⁴⁸⁾.</p> <p>En los casos de boca sangrante aplicar agua oxigenada al 10 % diluida 1/5 o topicaciones con adrenalina al 1/1000 o sucralfato⁽⁴⁸⁾.</p> <p>En situación agónica es necesario el uso de torundas⁽⁵²⁾.</p> <p>En pacientes inconscientes se eliminará la placa con una torunda con antiséptico⁽⁴⁸⁾.</p> <p>Beber agua de forma regular todo el día⁽⁵²⁾.</p> <p>Evitar los alimentos muy condimentados⁽⁴⁸⁾.</p> <p>Realizar ejercicios frecuentes de estimulación masticatoria⁽⁴⁸⁾.</p>
---	--	--	--	--

				<p>Bebidas a pequeños sorbos como té, café con hielo ⁽⁴⁸⁾.</p> <p>Estimulantes de la saliva como pilocarpina o clorato potásico ⁽⁴⁸⁾.</p> <p>Saliva artificial: 12 mg de metilcelulosa, 0,2 ml de esencia de limón y 600ml de agua ⁽⁴⁸⁾.</p>
<p>Gándara del Castillo Á, Herrera Abián M, Vicente Martín C, Fraile Vicente JM, Delgado Juárez R ⁽⁵³⁾.</p> <p>Año de publicación: 2018</p> <p>Base de obtención: Revista Española de Enfermedades Digestivas</p>	<p>El estreñimiento es la emisión infrecuente de heces, dos o menos veces a la semana de consistencia dura y seca. Los autores coinciden en que la principal causa es el uso de opioides con una alta prevalencia en la población que se encuentra en cuidados paliativos, además de causar sufrimiento y disminuir la calidad de vida por ser uno de los síntomas con mayor disconfort en el paciente.</p>	<p>Estreñimiento</p> <p>o</p>	<p>Es un problema común en personas que reciben cuidados paliativos, causada por múltiples factores inactividad, debilidad, ingesta de líquidos y de fibra escasa, alteraciones metabólicas, obstrucción mecánica por tumor, lesiones locales a nivel anal, tratamiento farmacológico, siendo el principal factor el uso de opioides ya que en un paciente con enfermedad terminal el dolor es un síntoma muy importante que necesita ser resuelto con el uso de analgesia fuerte para mitigarlo, sin embargo, trae</p>	<p>Medidas farmacológicas:</p> <p>Laxantes: PEG con electrolitos, lactulosa, parafina/picosulfato, laxante estimulante, enemas junto con laxante ⁽⁵³⁾ ⁽⁵⁴⁾.</p> <p>Detergentes, lubricantes y surfactantes ⁽⁵⁴⁾.</p> <p>Osmóticos o salinos: como la lactulosa, sales de magnesio, polietilenglicol ⁽⁵⁴⁾.</p> <p>Estimulantes o purgantes: el senósido y el bisacodilo, y el polisulfato ⁽⁵⁴⁾.</p> <p>Naloxegol ⁽⁵⁶⁾.</p>
<p>Mugabure Bujedo B ⁽⁵⁶⁾.</p> <p>Año de publicación: 2019</p> <p>Base de obtención: Medicina Paliativa</p>				<p>Medidas no farmacológicas:</p>
<p>Zapico López G, Alonso Fernández S, Tomero González E ⁽⁵⁴⁾.</p>				

<p>Año de publicación: 2018 Base de obtención: RqR Enfermería Comunitaria</p>			<p>consigo efectos secundarios como el estreñimiento el mismo que se produce por el efecto de los receptores opiáceos μ y d, los cuales se encuentran en el tracto gastrointestinal, causando en el paciente sufrimiento, disminución de la calidad de vida por sus efectos físicos como dolor abdominal, pérdida del apetito, impactación fecal, vómitos y también trastornos psicosociales.</p>	<p>Ingesta de líquidos, entre 1,5 a 2 L⁽⁵⁴⁾. Ejercicio, teniendo en cuenta su circunstancia vital⁽⁵⁴⁾. Masajes abdominales⁽⁵⁴⁾.</p>
<p>Ordoñez Sigcho M⁽⁵⁵⁾. Año de publicación: 2019 Base de obtención: Enfermería Comunitaria</p>				<p>tras medidas: Permitir la intimidad Establecer un horario para defecar⁽⁵⁴⁾. No tomar bebidas gaseosas⁽⁵⁴⁾. Evitar alimentos flatulentos⁽⁵⁴⁾. Responder inmediatamente a los deseos de defecar⁽⁵⁴⁾. Cuidar la zona perianal, aseándola con papel suave y después lavarla con jabón neutro, secar y lubricar para el dolor⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁵⁾.</p>
<p>Jaramillo García DM, Muñoz Bolívar C, Nuvar Sastoque AN, Benavides Acosta FA⁽⁵⁷⁾. Año de publicación: 2019</p>	<p>La mayoría de los autores concuerdan que las náuseas y vómitos son uno de los efectos secundarios más frecuentes e incapacitantes de tratamientos</p>	<p>Náusea, vómitos</p>	<p>A medida que progresa la enfermedad han sido los síntomas gastrointestinales que mayor discomfort causan al usuario y su familia, la</p>	<p>medidas farmacológicas Metoclopramida, ondansetrón, aprepitant⁽⁵⁷⁾⁵⁸ y la dexametasona⁽⁵⁷⁾</p>

Base de obtención: Revista CUIDARTE	como la quimioterapia y radioterapia, además de ser los más temidos al experimentar una sensación incómoda, desesperante e incapacitante. Se caracteriza por presentar un efecto en forma oleada, en la parte posterior de la garganta, el epigastrio o por todo el abdomen que puede o no terminar en vómito.		etiología puede ser multifactorial como efectos de la medicación en el caso de los opioides o cuando se encuentra en una etapa avanzada, siendo de vital importancia que enfermería realice una valoración al paciente para poder establecer medidas no farmacológicas y brindar cuidados en las medidas farmacológicas prescritas por el médico contra éstos síntomas desagradables en pacientes oncológicos. Además, evitar que se agraven otros síntomas que están estrechamente relacionados con los vómitos como en el caso de pérdida de peso como indicador negativo para la salud.	En vómitos irruptivos se recomiendan el uso de domperidona, lorazepam/alprazolam ⁽⁵⁷⁾ Medidas no farmacológicas Proporcionar un ambiente sereno y agradable ⁽⁵⁷⁾ . El aroma del café o el pan tostado mejora el apetito y la tolerancia ⁽⁵⁷⁾ . Bebidas frías carbónicas ⁽⁵⁷⁾ . Enseñar a disminuir el reflejo del vómito ⁽⁵⁸⁾ . Ofrecer los alimentos en pequeñas cantidades en varias tomas repetidas ⁽⁵⁸⁾ . Evitar los olores fuertes y la visión de objetos desagradables ⁽⁵⁸⁾ .
Ordoñez Sigcho M ⁽⁵⁵⁾ .				
Año de publicación: 2019 Base de obtención: Enfermería Comunitaria				
Natale JJ ⁽⁵⁸⁾ . Año de publicación: 2018 Base de obtención: The American journal of managed care				
De Souza Ramos PC, Freitas VL, Borges Dutra L, Magalhães da Silva NC ⁽⁵⁹⁾ . Año de publicación: 2021 Base de obtención: Revista Enfermagem				

<p>Kalfeist L, Galland L, Ledys F, Ghiringhelli F, Limagne E, Ladoire S⁽⁶⁹⁾.</p> <p>Año de publicación: 2022</p> <p>Base de obtención: Cells</p>				<p>Mantener en posición Fowler o semifowler, sin nada que presione el abdomen⁽⁵⁸⁾.</p> <p>Distracción cognitiv⁽⁵⁸⁾.</p> <p>Acupuntura clásica y electroacupuntura⁽⁵⁸⁾.</p> <p>Gasa impregnada de alcohol (alivia las náuseas)⁽⁷⁰⁾.</p> <p>Educación a familia y paciente⁽⁷⁰⁾.</p> <p>Administración segura del citotóxico⁽⁷⁰⁾.</p> <p>Evaluar grado de náuseas y controlar síntomas⁽⁷⁰⁾.</p> <p>Informar a especialista: ajuste de vía de administración o medicamento⁽⁷⁰⁾.</p> <p>Modificaciones alimentarias, hipnosis, técnicas de relajación, musicoterapia⁽⁷⁰⁾.</p>
<p>Gómez Neva ME, Briñez Ariza KJ, Pacheco Berdugo SP⁽⁷⁰⁾.</p> <p>Año de publicación: 2020</p> <p>Base de obtención: Cultura del Cuidado Enfermería</p>				
<p>Ordoñez Sigcho M⁽⁵⁵⁾.</p> <p>Año de publicación: 2019</p>	<p>La anorexia-caquexia es un síndrome que se caracteriza por</p>	<p>Anorexia</p>	<p>Es el segundo síntoma más frecuente en el usuario tras la</p>	<p>tratamiento farmacológico:</p> <p>Corticoides (Dexametasona)⁽⁵⁵⁾.</p>

Base de obtención: Enfermería Investigativa	la pérdida de peso, pérdida de grasa, masa muscular, pérdida del apetito y causa una importante preocupación tanto en el paciente como en sus familiares por la alteración en la imagen corporal,		astenia. Es importante destacar que la pérdida de apetito asociada con el cáncer no es un síntoma simple y aislado, a menudo ocurre en presencia de una mezcla de otros síntomas como dolor, fatiga y debilidad, influyendo en el desgaste físico y mental del paciente. Al ser un síntoma angustiante tanto para el paciente y familia el accionar de enfermería estará dirigido a mejorar la calidad de vida, en el caso de la administración de corticoides tener en cuenta que estos ayudaran a aumentar el apetito y sensación de bienestar, sin embargo, no mejorará el peso o estado general, si el usuario presenta complicaciones como odinofagia, o en los casos que presente tumores de cabeza o cuello el estado nutricional se altera notablemente. Siendo necesario el uso de métodos	Metilprednisolona, prednisolona ⁽⁵⁵⁾ . Cannabinoides: Dronabinol ⁽⁵⁵⁾ . Acetato de Megestro ⁽⁵⁵⁾ . Esteroides anabólicos: Decadurabolin ⁽⁵⁵⁾ . Estimulantes de la motilidad intestinal: Metoclopramida ⁽⁵⁵⁾ . Medidas no farmacológicas Evitar los olores intensos ⁽⁵¹⁾ . No ofrecer alimentos continuamente ⁽⁵¹⁾ . Respetar los gustos del paciente ⁽⁵¹⁾ . Dar porciones pequeñas Dieta blanda o triturada, evitar productos ácidos, no condimentar demasiado, evitar temperaturas extremas ⁽⁵¹⁾ . Reparto clásico de la dieta [55 – 60 % de HC, 30 – 35 % de
Jiménez López R, Román López P, Díaz Cortés MM ⁽⁵¹⁾ . Año de publicación: 2017 Base de obtención: Libro	Los autores indican que la caquexia o pérdida involuntaria de peso relacionada con el cáncer es un síndrome multifactorial, desarrollado por varios mecanismos, el principal la anorexia, dando como resultado el síndrome anorexia-caquexia y son frecuentes en pacientes que reciben cuidados paliativos con una alta prevalencia en pacientes con cáncer avanzado.			
Rodríguez Vintimilla D, Frías-Toral E, Santana Portoben S ⁽⁷¹⁾ . Año de publicación: 2019 Base de obtención: Revista Oncología	Los autores indican que la caquexia o pérdida involuntaria de peso relacionada con el cáncer es un síndrome multifactorial, desarrollado por varios mecanismos, el principal la anorexia, dando como resultado el síndrome anorexia-caquexia y son frecuentes en pacientes que reciben cuidados paliativos con una alta prevalencia en pacientes con cáncer avanzado.			
Childs D, Jatoi A ⁽⁶¹⁾ . Año de publicación: 2018 Base de obtención: Annals of Palliative Medicine	Añaden que la caquexia oncológica ocurre por inflamación sistémica, resistencia a la insulina, mitocondrias disfuncionales, estrés oxidativo y una mayor activación del sistema			
Fanjul Palleiro S, Furones Álvarez E ⁽⁶⁰⁾ . Año de publicación: 2021	Añaden que la caquexia oncológica ocurre por inflamación sistémica, resistencia a la insulina, mitocondrias disfuncionales, estrés oxidativo y una mayor activación del sistema			

Base de obtención: Revista N Punto	ubiquitina-proteasoma y autofagia.		invasivos como la nutrición enteral seguida de la parenteral, esta debe determinarse de manera individualizada después de tener en cuenta el tipo de cáncer, pronóstico y preferencias del paciente con el fin de mejorar su confort.	Lípidos (L) y 15 % de Proteínas (P) ⁽⁵¹⁾ .	
Vallejo Martínez M, Baque Hidalgo JE ⁽⁶²⁾ .				Repartir las comidas, realizando unas 6-7 tomas ⁽⁶⁰⁾ .	
Año de publicación: 2021				Evitarse las dietas hiperproteicas, ni dietas ricas en fibras ⁽⁶⁰⁾ .	
Base de obtención: Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo				Sonda nasogástrica limitarse solo a casos en los que existan problemas obstructivos ⁽⁶⁰⁾ .	
				En situaciones de agonía fomentarse la ingesta de pequeñas cantidades de líquidos y priorizar en los cuidados de la boca ⁽⁶⁰⁾ .	
Moyano Portillo A, Acosta Martínez del Valle MA, Moya Sánchez E, Ruiz Carazo E ⁽⁶³⁾ .	Los autores manifiestan que las úlceras por presión son el resultado de una necrosis isquémica a nivel de la piel y tejidos subcutáneos, comúnmente debido a la presión ejercida sobre una prominencia ósea.	Úlceras por presión	Los problemas de la piel son muy frecuentes en las personas en la fase final de la vida pueden derivarse por la misma naturaleza de la enfermedad, las úlceras cutáneas se caracteriza por la destrucción de la fascia y el músculo con una elevada tasa de mortalidad, su localización	Desbridamiento de las partes desvitalizadas ⁽⁶³⁾ .	
Año de publicación: 2019					Antibióterapia (carbapenem o combinaciones de ampicilina-sulbactam con clindamicina o metronidazol ⁽⁶³⁾ .
Base de obtención: Revista Clínica de Medicina de Familia	En pacientes en estado terminal es una complicación frecuente y				Utilización de sistemas antipresión ⁽⁶³⁾ .
Campos Campos I ⁽⁶⁴⁾ .				Cuidados posturales ⁽⁶³⁾ .	

<p>Año de publicación: 2021</p> <p>Base de obtención: Revista N Punto</p>	<p>a la vez probablemente inevitable. Diversos autores añaden, que los problemas de la piel en las personas en proceso de final de la vida están asociadas a enfermedades crónicas como el cáncer y está relacionada por diversas razones como malnutrición, deshidratación, inmovilidad y caquexia.</p>		<p>comúnmente se da en donde existe mayor prominencia ósea, el personal de enfermería debe primar su estado y ser coherentes que la cicatrización de la herida no es el principal objetivo, sino brindar confort controlando el exudado, el olor y el dolor. Para lograr la máxima comodidad del paciente en estos últimos días, son necesarios cuidados de calidad, por ende, no se realizará desbridamiento de tejido necrótico ya que solo aumentará el malestar del paciente, repercutiendo en la reducción de la calidad de vida, aumentando el dolor, síntoma que a su vez es difícil de controlar en situación de agonía, y solo se conseguirá prolongar el sufrimiento del usuario.</p>	<p>Hacer uso de superficies especiales del manejo de la presión, tanto cojines como colchones⁽⁶⁴⁾.</p> <p>Cuidado de la piel, se debe mantener limpia, seca e hidratada⁽⁶⁴⁾.</p> <p>Evitar la formación de pliegues en la ropa del paciente o en la ropa de cama⁽⁶⁴⁾.</p> <p>Uso de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) cuando estas se encuentran en estadio I⁽⁶⁴⁾.</p> <p>Evitar el desbridamiento del tejido necrótico⁽⁶⁴⁾.</p> <p>Cambios posturales a demanda cuando sean estrictamente necesarios⁽⁶⁴⁾.</p> <p>Apósitos de plata</p> <p>Apósitos de carbón activado⁽⁶⁴⁾.</p> <p>Protección con almohadillado, apósitos de espuma, hidrocoloides⁽⁶⁴⁾.</p>
<p>Fanjul Palleiro S, Furones Álvarez E⁽⁶⁰⁾.</p> <p>Año de publicación: 2021</p> <p>Base de obtención: Revista N Punto</p>				

				<p>Evaluar las zonas de prominencias ⁽⁶⁴⁾.</p> <p>Educar a los miembros del núcleo familiar en el cuidado que necesita el paciente durante la enfermedad avanzada y progresiva ⁽⁶⁴⁾.</p>
<p>Santacruz Saura V, Rondón Maldonado A, Ginovart Prieto M, Zagala Pla N Y Monteso Serna J ⁽⁶⁵⁾.</p> <p>Año de publicación: 2020</p> <p>Base de obtención: Medicina Paliativa</p>	<p>Los autores concuerdan que las convulsiones son movimientos involuntarios, generalmente mantenidos (tónicos) o interrumpidos (clónicos), consecuencia de una alteración en el funcionamiento encefálico, caracterizada por una descarga anormal, hipersincrónica y autolimitada de un conjunto de neuronas corticales del SNC. Afectando de manera importante en la calidad de vida de los pacientes y es más frecuente en aquellos con tumores cerebrales primarios o secundarios. El tratamiento médico de las crisis</p>	<p>Convulsiones</p>	<p>Los tumores intracraneales son las causas más comunes de epilepsia, y las convulsiones son la manifestación que se presenta en primer lugar. Las causas de las convulsiones o estados epilépticos en los pacientes oncológicos son debido a la quimioterapia (citarabina, metotrexato y cisplatino), falla renal o hepática, secundarias a lisis tumoral, desequilibrios hidroelectrolíticos, hipoglucemia y radioterapia craneal. El tratamiento de las convulsiones en los pacientes</p>	<p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Levetiracetam ⁽⁶⁵⁾.</p> <p>Diazepam, midazolam, oxcarbazepina, valproato, ácido valproico, lacosamida ⁽⁶⁵⁾.</p> <p>Sedación paliativa con anestésicos ⁽⁴⁰⁾.</p>
<p>Ibáñez Alfonso LE, López Alba JA, Ramírez Ospina MA, Escobar Ruiz MC, Sánchez Cárdenas AM ⁽⁴⁰⁾.</p> <p>Año de publicación: 2018</p> <p>Base de obtención: Revista de la Universidad</p>				

Industrial de Santander. Salud	convulsivas depende de las características clínicas, tipo y fase clínica del tumor de SNC.		que reciben cuidados paliativos se basa en el control de síntomas, sin embargo, enfermería tiene una función importante en cuanto a resolver situaciones de riesgo vital (vía aérea obstruida, hipertensión intracraneal) o que reduzcan la calidad de vida (vómito incoercible, dolor refractario), además de prevenir posible lesiones traumáticas y complicaciones durante y después de la crisis convulsiva.	
León Ruíz M, Rodríguez Saraza M, San Juan Rodriguez L, Pérez Nieves M, Ibáñez Estáñez F, Arce Arce S, et al ⁽⁶⁶⁾ . Año de publicación: 2019 Base de obtención: Neurología				
Cano Aguilar LE, Díaz Alba A, Cacho Díaz B, Duran Peña A ⁽⁷²⁾ . Año de publicación: 2020 Base de obtención: Acta Médica Grupo Ángeles				