

# **CUIDADO DE ENFERMERIA EN CUIDADO PALIATIVO A PERSONAS CON CANCER EN FASE TERMINAL, CORRELACIÓN DESDE LA TEORIA DE CORNELIA M. RULAND Y SHIRLEY M. MOORE.**

***Angeli Catalina H.<sup>1</sup> Ortiz 2.Gloria Daniela R. García<sup>2</sup> y 3.Sol Angeli A. Banguero<sup>3</sup>***

## **RESUMEN**

“El cáncer tiene como característica definitoria la rápida multiplicación de células anormales que se diseminan e incluso se extienden a órganos, llegando a un proceso llamado metástasis. Este modifica el genoma de una célula en uno o más genes por la acción de agentes cancerígenos, este proceso es inducido por uno o más carcinógenos que tienen el potencial de actuar como promotores, produciendo un deterioro de la señalización celular”(1). La enfermería a través de sus intervenciones desempeña un papel vital para influir en cambios positivos a las personas en la atención en salud en fase terminal, las enfermeras deben poseer empatía y brindar una atención humanizada, por lo que la evaluación del duelo es importante, además de educar a los pacientes y sus familias sobre enfermedades y tratamientos, y ayudar en las decisiones de atención. El desarrollo investigativo en enfermería contribuye a la mejora de la atención y la calidad de vida de los pacientes. Objetivo: Reconocer la participación de enfermería dentro de los cuidados paliativos en personas con cáncer en fase terminal, relacionado con la teoría de Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore final de la vida tranquilo.

Metodología: fue una revisión integrativa de literatura, donde se encontraron 134 artículos para la revisión sistemática de los cuales se incluyeron 24 artículos, después de leer el texto completo se descartaron 14 artículos que con el rigor metodológico del instrumento de lectura crítica CASpe y equator se tuvieron en cuenta los que pasaban el 60%. Finalmente se concretó el trabajo con 8 artículos.

Resultados: Las intervenciones realizadas por el personal de enfermería generan un impacto desde la interacción persona – familia en la atención al final de la vida con el acompañamiento espiritual, manejo del dolor y sufrimiento, por eso se deben identificar los factores que interfieren en final tranquilo de la vida y tener en cuenta a los cuidadores, puesto que ellos también son una pieza clave para el cuidado porque al tener una sobrecarga ocasionada por la estancia prolongada en el hospital van a generar problemas emocionales y dificultad para adaptación de roles, dando lugar así a la disminución de la calidad de atención.

Palabras claves: cancer terminal, cuidados paliativos, cuidado de enfermería

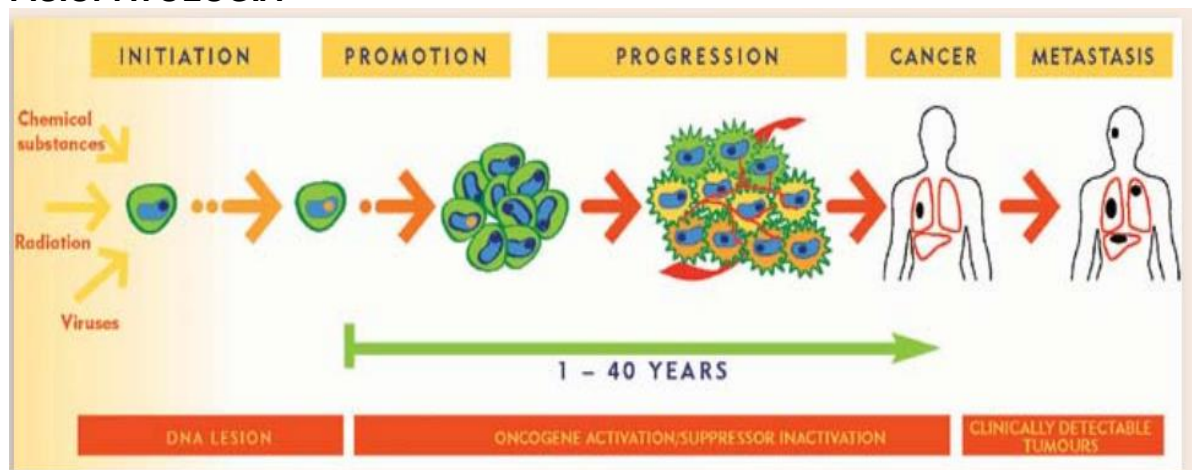
## **INTRODUCCION**

Según el (NIH) instituto nacional del cáncer(1) El cáncer se define como un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; su característica definitoria es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden y hasta propagarse a los órganos, y llegar al proceso denominado metástasis. El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en las Américas. En el 2020, causó 1,4 millones de muertes, un 47% de ellas en personas de 69 años o más jóvenes. En Colombia 138 mil colombianos tienen diagnosticado cáncer, con mortalidad anual de 33.100 personas. Siendo 16.300 hombres afectados especialmente por cáncer de estómago, pulmón, próstata, colon-recto y leucemias, en las mujeres 16.800 que lo padecen se presenta principalmente en el cuello uterino, estómago, mama, pulmón, colon y recto.(2)

El cáncer se convierte en una de las situaciones que más inestabilidad e impacto puede producir sobre el individuo, familia y entorno. En la etapa terminal de esta enfermedad, existirá una declinación de salud de esta persona, produciéndole daños irreversibles y múltiples síntomas somáticos, espirituales y psicológicos. Por tal razón, relacionamos la teoría del final de la vida tranquilo actualizada por Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore la cual definen el proceso de acciones, cada una de las intervenciones de enfermería encaminadas a promover factores positivos como: ausencia de dolor, experiencia de bienestar, experiencia de dignidad y respeto, estar en paz, y sentir la proximidad de los allegados y de los cuidadores.

Además de ser un tema de investigación muy importante, quisimos abordarlo por la incidencia en morbi-mortalidad que se presenta actualmente a nivel mundial y nacional. Teniendo en cuenta que enfermería adapta los cuidados a la persona de manera individualizada, reconociendo que cada persona tiene necesidades únicas, queremos identificar, cómo influye enfermería en los cuidados paliativos, considerando que a estas personas se les debe reconocer de manera holística brindándoles un trato humanizado y en lo posible brindar una muerte digna.

## FISIOPATOLOGIA



1. Béliveau R, Gingras D. Role of nutrition in preventing cancer [Internet]. Richardbeliveau.org. 2007 [citado el 12 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.richardbeliveau.org/wp-content/uploads/218.Beliveau.pdf>

**INICIACION:** ``Consiste en la modificación del genoma de una célula en uno o varios genes que impliquen pérdida de funciones fundamentales debida a la acción de un agente carcinógeno o agente iniciador genotóxico, es decir con capacidad para generar cambios en el ADN``(3).

**PROMOCION:** ``se produce una expansión selectiva de las células iniciadas, que son morfológicamente iguales a las células sanas del tejido donde está teniendo lugar el proceso. Este proceso es inducido por uno a varios carcinógenos que tienen capacidad para actuar como agentes promotores produciendo una alteración en la transducción de señales celulares, no hay modificación en el ADN por lo que durante esta etapa no hay alteraciones estructurales y el daño es reversible``(3).

**PROGRESACION:** ``proceso de conversión en el que una célula iniciada o en estado de promoción se convierte de manera irreversible en una célula potencialmente maligna, con nuevas modificaciones genómicas que cambiarán su morfología y funcionalidad``(3).

### **FORMULACION DE LA PREGUNTA**

¿Cuáles son los cuidados de enfermería en cuidados paliativos a personas con cáncer en fase terminal?

**P-** Personas con cáncer en fase terminal

**I-** Participación de enfermería en cuidado paliativo

**C-** Personas que no reciben cuidados paliativos

**O-** Identificar los cuidados de enfermería que predominan en la etapa final del cáncer

-Correlacionar el cuidado de enfermería con la teoría de Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

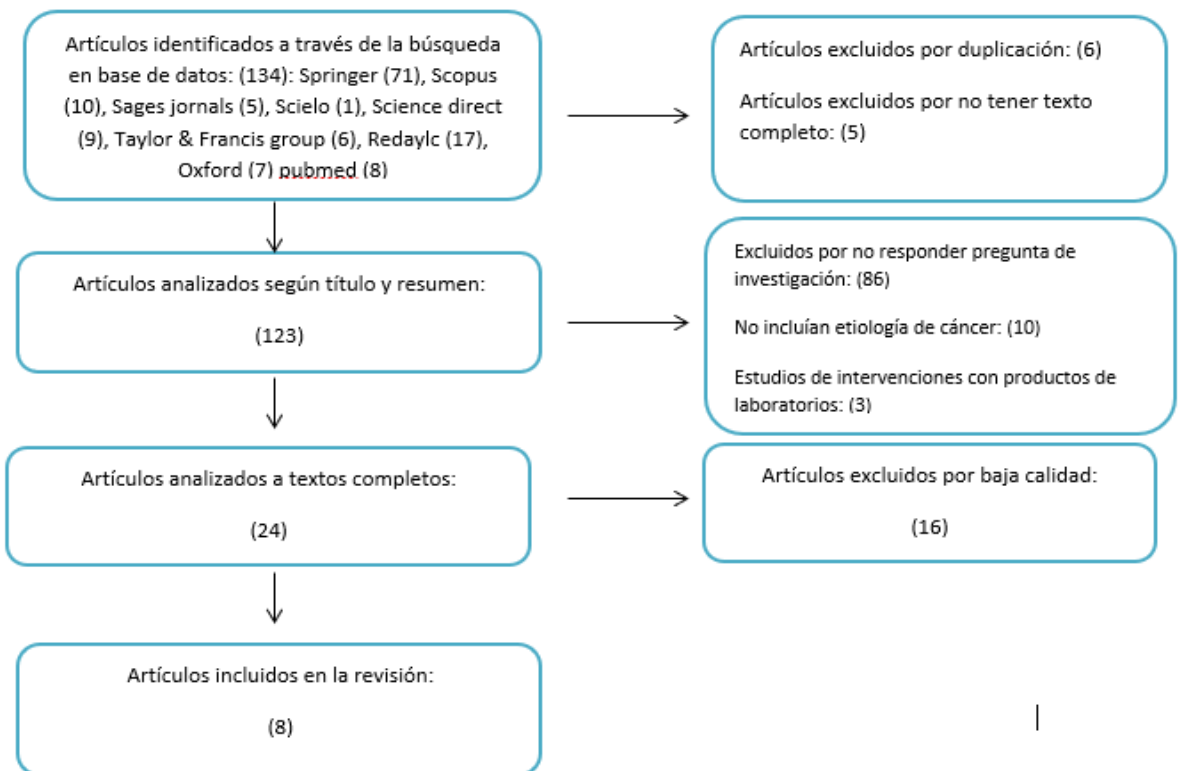
Reconocer el cuidado de enfermería en el cuidado paliativo a personas con cáncer en fase terminal según las teorías de Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las intervenciones del cuidado de enfermería en el cuidado paliativo en personas con cáncer en fase terminal según la teoría de Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore
- Describir los dominios más afectados de personas en cuidado paliativo con cáncer en fase terminal relacionándolos con la teoría de Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore

## METODOS DE BUSQUEDA

- Este estudio fue una revisión integrativa de literatura, en el cual se utilizó la siguiente ecuación de búsqueda: **(TERMINAL CANCER AND NURSING CARE AND PALLIATIVE CARE)**, se realizaron búsquedas en ocho bases de datos electrónicas entre el 2019 al 2023, para identificar estudios de cualquier diseño a nivel mundial, que informaran sobre los cuidados de enfermería y cuidado paliativo en el cáncer de etapa terminal, buscando en Springer, Sages journals, Scielo, Science direct, Taylor & Francis group, Redaylc, Oxford y pubmed, se obtuvo como resultado 134 artículos donde 8 fueron incluidos en la investigación.
- **MATRIZ PRISMA**



Cada una de las investigadoras se encargó de revisar los artículos de manera independiente, teniendo en cuenta las palabras claves, el análisis detallado del título y el resumen. Luego, creamos una base de datos en EXCEL para ubicar los 24 artículos que se identificaron en la búsqueda, después a cada uno se le aplicó full text y se descartaron 16 artículos. Existieron diferentes razones para rechazar artículos y fueron las siguientes: (1) Artículos que no tenían información completa, no tenían metodología, (2) Artículos que estaban encaminados a la prevención (3) Ensayos clínicos, (4) Artículos que hablaban del cuidado a inicios del cáncer, (5) Artículos que no cumplían con los años a estudiar, (6) Títulos que no

correspondían al tema a estudiar. A los 10 artículos que quedaron le aplicamos el rigor metodológico por medio del instrumento de lectura crítica CASpe y equator, donde a cada pregunta le dimos un porcentaje de 10% y para ser incluido debería tener como mínimo un 60%.

## **RESULTADOS**

La búsqueda que se obtuvo fue 134 artículos, de los cuales 8 cumplieron con el criterio de inclusión del total de estudio.

Los estudios fueron publicados entre los años 2019-2022, realizados en Canadá, Alemania, Turquía, Chile, Brasil, México y Colombia y en su mayoría escritos en inglés.

Del total de los estudios encontrados, hallamos 5 artículos que hablan sobre la humanización que se debe tener con el paciente que se encuentra en esa fase final de la vida. El estudio de Colombia priorizó la humanización, desde la ``comunicación asertiva, saludar, sonreír para satisfacer las necesidades espirituales; en el artículo se demostró un cambio positivo por parte de los pacientes de fase terminal en estancia clínica(4)`, puesto que estos tenían una percepción desfavorable hacia su salud y poca capacidad adaptativa, reflejando una mejor actitud, autonomía y participación en su plan de cuidado.

A su vez, el personal de enfermería tiene una participación fundamental desde la interacción persona – familia en la atención final de la vida, desde el acompañamiento espiritual, manejo del dolor y sufrimiento. Adicionalmente, nos refleja que es importante la empatía por parte del profesional de enfermería ya que permite establecer un vínculo de confianza y comunicación asertiva, garantizando que las preocupaciones y deseos del paciente se comprendan y respeten.

Esta revisión de literatura crítica nos permitió relacionar un artículo de Chile con el anterior, este con un enfoque en la teoría de Jean Watson, la cual se basa en la armonía entre mente, cuerpo, alma y el cuidado integral de manera holística, teniendo en cuenta cada uno de sus factores como lo es el compromiso ético con la humanización, el infundir fe, esperanza, la capacidad para resolver problemas y las tomas de decisiones, todo esto desde la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE), favoreciendo así, la gestión de cuidados centrado en la personas y su familia, basados en fundamentos teóricos – humanista.

El estudio de Brasil se basa en la evaluación y comparación de la calidad de vida de los pacientes en terapia paliativa (PT) y cuidados paliativos (CP) donde se incluyó 126 pacientes, de los cuales 107 estaban en PT y 19 de Cuidado paliativo exclusivo

Es importante reconocer la diferencia que hay entre PT y CP:

TERAPIA PALIATIVA	CUIDADO PALIATIVO
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Minimizar síntomas</li> <li>-Controlar efectos secundarios</li> <li>-Mejorar la calidad de vida (sin prolongar la supervivencia)</li> <li>-Indica el uso de tratamientos sistémicos               <ul style="list-style-type: none"> <li>*Quimioterapia</li> <li>*Terapia hormonal</li> <li>*Inmunoterapia</li> </ul> </li> <li>-Radiación</li> <li>-Cirugía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención integral</li> <li>-Promueve la calidad de vida de los:               <ul style="list-style-type: none"> <li>*Pacientes</li> <li>*Familiares</li> </ul> </li> <li>-Prevención y alivio del sufrimiento</li> <li>-Identificación del dolor (evaluación)</li> <li>-Identificación de necesidades               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Físicas</li> <li>*Psicosociales</li> <li>*Espirituales</li> </ul> </li> </ul>

**Fuente: Elaboración propia**

En este estudio se realizó el uso de diferentes cuestionarios, pero lo más relevantes para la evaluación de calidad de vida fueron:

1) ``FACIT-PAL-14, que consta de 14 ítems en formato escala Likert, con afirmaciones sobre los últimos siete días, con puntuaciones respectivas de bienestar físico y funcional, desde tres principales dimensiones: sentido, paz y fe. Donde el factor más afectado fue el funcional(5)``.

2) ``ESAS, es una escala de calificación numérica para evaluar la intensidad de los síntomas en una escala entre 0 (menor grado de síntomas) y 10 (peor grado de síntomas). Evalúa 10 síntomas: dolor, cansancio, falta de aire, náuseas, depresión, ansiedad, bienestar, somnolencia, apetito e insomnio``.(6)

Estas escalas fueron utilizadas en conjunto, porque no se contaba con una herramienta psicométrica para evaluar los dominios alterados en estos pacientes paliativos. Estos instrumentos apuntaron a que ambos grupos tenían una calidad de vida insatisfactoria en cuanto función emocional y física, sin embargo, el grupo de TP presento peores puntuaciones al de CP

``El dominio de función emocional presenta un constructo complejo al involucrar sentimientos y afectos, relacionados con el apoyo psicosocial proporcionado por la familia y el personal``.(7)

Es muy importante tener en cuenta que los síntomas son expresiones subjetivas, pero que la volvemos objetivas en el momento que identificamos la causa, ya que

son fenómenos que influyen en la percepción del paciente. En este estudio, aunque su objetivo era comparar la calidad de vida de los pacientes con PT y CP, se logró identificar que la percepción de esta puede verse alterada por el sexo, la escolaridad, la edad y hasta la vida diaria. Sin embargo, ``cabe resaltar que estos cuestionarios le permiten al profesional de enfermería, identificar los dominios alterados, desde sus factores físicos, psicológicos o emocionales, para priorizar las actividades del plan de cuidado de estas personas en cáncer terminal``.(7)

Por otro lado, el estudio realizado en Turquía, titulado “El efecto de una intervención educativa de cuidados paliativos en la calidad de vida de pacientes con cáncer incurable “se encuentra a fin con el artículo anterior, ya que en sus intervenciones no solo están enfocadas a los pacientes sino también a sus cuidadores, debido que para esto también fue útil la aplicación de la escala EORTC QLQ-C30 antes y después de realizar la educación.

Posterior de la intervención educativa, hubo un aumento en la subescala de función emocional y salud global de los pacientes y una disminución en sus síntomas de fatiga y náuseas-vómitos.

Por eso es de gran importancia que el personal de enfermería identifique los factores que interfieren en la vida de los cuidadores, puesto que ellos al tener una sobrecarga ocasionada por la estancia prolongada en el hospital, van a generar problemas emocionales, dificultad para adaptación de roles, dando lugar así a la disminución de la calidad de atención, en estos pacientes.

En cuanto al tratamiento se evidenciaron 3 artículos, dos de estos indagan sobre la medicación farmacológica y uno de manejo del dolor no farmacológico del paciente. El estudio de Canadá se constató de un caso clínico, y mencionaron los tipos de anestesia intervencionista con infusiones continuas para los diferentes tiempos de vida en pacientes terminales.

``El efecto de la anestesia intervencionistas es aliviar la angustia que experimentan los pacientes cuando se enfrentan a una enfermedad que pone en peligro su vida y que crea un desequilibrio en sus dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales. Consideramos que de todos los catéteres presentados en este estudio, el que sería útil en pacientes cercanos al final de la vida, es el **Catéter percutáneo de corta duración** (epidural o intratecal) que se encuentra conectado a una bomba externa, y estos tienen como ventaja la fácil colocación del catéter y equipo de bajo costo, además se usan durante período corto de tiempo``.(6)

Por consiguiente, se halló otro artículo de tipo retrospectivo en Alemania, que estudio el manejo del dolor, donde 8 pacientes fueron tratados con S- Ketamina, según estos “proporciono” la evidencia de un efecto positivo sobre el malestar psicológico del paciente en cuidado paliativo, comparándolo con un grupo de control.

La S- Ketamina es un medicamento disociativo que tiene propiedades analgésicas y anestésicas dependiente de las dosis, con efecto secundario(8). Además, la S-Ketamina aproximadamente es tres veces más potencial que la Ketamina –R, bloqueando de manera más eficaz el receptor **NMDA** (está asociado con los procesos de aprendizaje y memoria, el desarrollo y la plasticidad neural, así como con los estados de dolor agudo y crónico)(8); aunque los pacientes incluido en este estudio refirieron mejoría en el dolor no se puede descartar su efecto secundarios y que a su vez puede comprometer a un más la calidad de vida de estos pacientes en etapa terminal.

Estos efectos secundarios **Psicotomimético** pueden incluir distorsión de la percepción y desorganización cognitiva, induciendo a las alucinaciones y cambios en el estado de ánimo e imagen corporal. A esto se le suma, que el abuso de esta droga puede producir efectos adictivos lo cual se asocia con complicaciones urológicas, neuropsiquiátricas, hepatobiliares y gastrointestinales.(8)

Al realizar una revisión profunda de este estudio, no se puede evidenciar el efecto de la S – Ketamina, puesto que no hay claridad en su resultado, debido a que la muestra de esta investigación y la aplicación de El State Trait Anxiety Depression Inventory (STADI), no fueron óptimo para medir el efecto de esta, además que la no aleatorización puede conducir a un sesgo sistemático.

Consideramos que se debe hacer un estudio más profundo hacia el efecto de la S-Ketamina en el manejo del dolor en el paciente de cuidado paliativo, teniendo en cuenta cada uno de sus efectos secundarios y que además exista una claridad en su modo de utilización.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, otro estudio en Alemania realizado en el Hospital Universitario Münster, aplicaron la utilización de la tecnología por medio de la realidad virtual, ya que esta es una inmersión tridimensional de 360°, generada por computadora proporcionada por pantallas montadas en la cabeza o gafas estereoscópicas, utilizada para el manejo del dolor agudo o crónico en los pacientes que se encuentran en cuidados paliativos, disminuyendo así el dolor que pueda estar presentando la persona.(9)

Es importante reconocer que para este estudio es de interés que el paciente se encuentre consiente de su situación, para que este pueda tener un efecto exitoso, por ende, se excluyeron los pacientes con tumores cerebrales, metástasis cerebrales, convulsiones, mareos, claustrofobia, vértigo, discapacidad auditiva o visual, o que no pudieran dar su consentimiento.

En este artículo de la realidad virtual se evidencia la participación que puede desempeñar el profesional de enfermería, puesto que esta herramienta puede ser útil para ofrecer beneficios adicionales, como el control de los síntomas físicos y psicológicos, demostrando resultados beneficiosos para la ansiedad, el afecto y la felicidad. Teniendo en cuenta las características de la realidad virtual, como es generar impresiones virtuales de cualquier lugar existente, cambios en el entorno,

con el objetivo de que el paciente se pueda trasladar por medio de la háptica, hacia aquellos lugares que alguna vez quisieron conocer o aquello que le genere paz y tranquilidad (9). Este medio virtual busca mejorar en la persona, la dignidad y autonomía fomentando el optimismo.

## DISCUSION:

El papel de enfermería en los cuidados paliativos es fundamental y multifacético. Desempeña un papel crucial que con sus intervenciones influyen en cambios positivos a la persona durante la atención médica.

La evaluación y gestión de síntomas como el dolor, la dificultad para respirar, las náuseas y la fatiga implica administrar medicamentos, ajustar tratamientos y proporcionar alivio adecuado, coordinación de cuidados en conjunto con diferentes profesionales en salud que garanticen que los planes de cuidado se ejecuten de manera efectiva. Apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares. Esto puede incluir escucha activa, proporcionar orientación y brindar consuelo en momentos difíciles, la educación al paciente y a la familia sobre la enfermedad, los tratamientos y ayuda a tomar decisiones sobre la atención médica. Además, enfermería debe tener como característica la empatía y brindar un cuidado humanizado, por ende es importante la evaluación del duelo y el dolor (espiritual).

Considerando ``la teoría del final de la vida tranquilo-actualizada por Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore donde definen un proceso de acciones, cada una de las intervenciones de enfermería, encaminadas a promover los siguientes factores positivos: 1) ausencia de dolor; 2) experiencia de bienestar; 3) experiencia de dignidad y respeto; 4) estar en paz, y 5) sentir la proximidad de los allegados y de los cuidadores(10)(11)``. Unificando los resultados de la revisión sistemática y esta teoría, podemos describir que los cuidados paliativos están direccionados al concepto de "vida tranquila" en este contexto conlleva que la persona pueda vivir sus últimos días de manera cómoda y libre de sufrimiento innecesario. Esto a menudo significa tomar decisiones importantes sobre el tratamiento médico, como limitar o suspender intervenciones que puedan prolongar la vida y que no beneficien a la persona.

Es esencial que estas decisiones se tomen de manera informada y respetando los deseos del paciente, cuando sea posible. Siendo importante brindar una atención integral. Los cuidados paliativos abordan no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales, sociales y espirituales del paciente. En cuanto a las actividades realizadas en el conjunto de los artículos encontrados en la revisión sistemática podemos inferir que la participación en enfermería es igual a nivel mundial y comparado con nuestra teorista sus actividades se desenvuelven para garantizar el mismo resultado de brindar un final de la vida tranquilo.

El manejo del dolor fue uno de los cuidados de enfermería fundamental en la revisión sistemática, teniendo en cuenta que es uno de los factores positivos en la

teoría final tranquila de la vida y considerada que es el tratamiento principal para brindar confort en el paciente. Un estudio de Alemania donde abordan el tratamiento para el dolor con dosis de S- ketamina con función analgésica y anestésica actuando en el receptor NMDA, aunque en el estudio dio una mejoría de los síntomas, con respecto a sus efectos secundarios estos eran más altos, pues puede comprometer la calidad de vida en pacientes terminales, teniendo en cuenta que a dosis altas puede tener efectos psicocinéticos causando alucinaciones y disociaciones. Cabe resaltar que los efectos secundarios son individuales y pueden variar según la dosis que necesite el paciente.

En el artículo acerca del manejo del dolor de manera no farmacológica se encontró que hacen falta más estudios sobre el uso de la realidad virtual ya que se encuentra poca evidencia científica sobre los efectos beneficiosos en pacientes terminales.

Los siguientes factores positivos, la experiencia del bienestar que va de la mano con el manejo del dolor, experiencia de dignidad y respeto; estar en paz, y sentir la proximidad de los allegados y de los cuidadores están relacionados a los artículos de humanización enfocados a realizar una valoración íntegra y cuidados individualizados como se expresa en los artículos de Chile, Brasil, Colombia y Turquía. El personal de salud se va a encargar de prevenir, controlar y aliviar las molestias físicas, estar atentos a las necesidades, los deseos y preferencia del individuo. facilitar el reposo y relajación y evitar complicaciones que afecten la experiencia de un final de vida tranquilo, como lo son la incertidumbre del desenlace de su salud, falta o ausencia de apoyo de sus familiares, pérdida de la fe y sus necesidades espirituales. Por el contrario, enfermería debe inspirar confianza, facilitar la participación de sus familiares, brindar respeto para tratar con dignidad y empatía al paciente.

SEGÚN LA REVISIÓN DE LITERATURA DESCRIBIMOS LOS SIGUIENTES DOMINIOS ALTERADOS AL FINAL DE LA VIDA.

PATRON/DOMINIO	COMO SE VALORA	DESCRIPCION DEL PORQUE SE ENCUENTRA ALTERADO
2.NUTRICIONAL/METABOLICO	<p>``Determinar el consumo de alimento y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas</p> <p>*Problemas de ingestas, peso, talla (IMC), estado del piel y</p>	<p>Anorexia-caquexia: debido a la disminución del aporte de nutrientes por una menor ingesta calórica y fenómenos de malabsorción.</p> <p>Mucositis grado 3-4: lesiones en los tejidos</p>

	<p>mucosas``(12)</p>	<p>de la boca, debido a los tratamientos (Solo pueden tener alimentación líquida)</p> <p>*Deshidratación-estreñimiento: Déficit de líquidos</p> <p>* Ulceras por presión: debido a la compresión de los tejidos blandos entre una prominencia ósea y una superficie externa por un periodo de tiempo prolongado (depende del contexto del paciente y la escala de Norton).</p>
<p>4. ACTIVIDAD/EJERCICIO</p>	<p>``Describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad y para la realización de ejercicios.</p> <p>*Estado cardiovascular y respiratorio</p> <p>*Cansancio excesivo</p> <p>*Capacidad funcional disminuida``(12)</p>	<p>*Disnea: Algunos pacientes van a requerir soporte de oxígeno.</p> <p>*Capacidad funcional o nivel de dependencia: Por medio de escalas de valoración integral funcional, Barthel y Katz 2, algunos pacientes tendrán una dependencia moderada o total</p> <p>*Cansancio excesivo /fatiga: Puede ser como respuesta humana a la enfermedad subyacente, al tratamiento, por la falta de sueño o factores emocionales.</p>

<p>5.SUEÑO/DESCANSO</p>	<p>``Describe los patrones de sueño, descanso</p> <p>*Cansancio con relación a falta de descanso</p> <p>*Uso de fármacos para dormir</p> <p>*Consumo de sustancias estimulantes</p> <p>*Conducta irritable``(12)</p>	<p>*Algunos pacientes pueden presentar insomnio, posiblemente por el pensamiento de llegar al final de la vida. También puede ser por el dolor que esta persona experimente o uso de sustancias estimulantes (medicamentos) para el aumento de estado de alerta, rendimiento físico y reducir la fatiga.</p>
<p>5.COGNITIVO/ PERCEPTIVO</p>	<p>``Patrones sensorio-perceptuales y cognitivo</p> <p>*Nivel de conciencia</p> <p>*percepción del dolor y tratamiento</p> <p>*Toma de decisiones``(12)</p>	<p>Las experiencias de dolor son subjetivas, sin embargo, la mayoría de los pacientes refieren dolor intenso-crónico, que pueden ser manejado con niveles de sedación o opioides, con ello también se puede alterar su nivel de conciencia, por eso es importante la utilización de la escala de Ramsay o Rass.</p>
<p>7.AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO</p>	<p>``Autoconcepto y percepto de la persona</p> <p>*Sentido general de valía</p> <p>*patrón emocional</p> <p>*Imagen corporal y social</p> <p>*Patrones de voz y</p>	<p>*Generalmente en personas terminales su sentido de valía se puede ver afectado por la percepción de ellos mismos, porque consideran que ya no son útiles, ya que necesitan de la ayuda de otros para sus actividades diarias,</p>

	conversación``(12)	laborales y sociales, afectando así su autoestima. Esto también influye de la mano de los cambios físicos ya que su imagen corporal también se ve deteriorada.
8.ROL/RELACIONES	<p>Compromiso del rol-relaciones</p> <p>*Percepción del rol</p> <p>*Satisfacción/insatisfacción en familia</p> <p>*Relaciones sociales</p>	<p>*Esto depende de la red de apoyo de la familia, como se involucran en la patología del paciente y ayudan a subsanar los gastos y la estancia clínica de este.</p> <p>*Las relaciones sociales pueden verse afectada por los cambios físicos que vive el paciente, ya que para algunos resulta difícil que las personas los miren con otra apariencia, considerando que lo mejor es aislarse</p>
10.ADAPTACION/ TOLERANCIA AL ESTRÉS	<p>``Describe el patrón general de adaptación y efectividad en término de tolerancia al estrés.</p> <p>*Situaciones estresantes sufridas</p> <p>*Si cuenta sus problemas a alguien cercano``(12)</p>	<p>*La alteración de este patrón puede relacionarse a la incertidumbre que genera la situación clínica del paciente, generándoles estrés, poca adaptación-negación. Algunos prefieren experimentar sus emociones en silencio, sin</p>

		manifestarle al otro sus sentimientos
11.VALORES Y CREENCIAS	<p>``Parones y creencias que guían elecciones o decisiones</p> <p>*Lo que se considera correcto, apropiado, bueno o malo.</p> <p>*Lo percibido importante en la vida</p> <p>*Conflicto de valores, creencias o expectativas relativas a la salud.</p> <p>*Prácticas religiosas</p> <p>*Decisiones acerca de:</p> <p>-Tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte``(12).</p>	<p>* Para muchas personas la enfermedad es considerada como un castigo divino, pero esto depende de la religión de la persona.</p> <p>* Para otras que se consideraban creyente, la fe ante su credo desvanece, debido que consideran que su Dios las abandono en el peor momento de su vida (aparición de la enfermedad)</p> <p>*En otros pacientes su práctica religiosa interfiere en el tratamiento.</p>

### CONCLUSION:

La importancia de un final de vida tranquilo radica en brindar dignidad, comodidad y calidad de vida a las personas que enfrentan enfermedades graves, crónicas o terminales. El cambio de rol, es un factor que de manera directa afecta la autoestima de estas personas, puesto que en esta etapa son personas con dependencia total en sus Actividades de la Vida Diaria (ABVD), y muchos se consideran inertes, ya que pierden esa capacidad de poder realizar cualquier actividad; entender la relación enfermera-paciente consiste en salvaguardar la integridad de esta persona.

El manejo de dolor fue uno de los cuidados más identificados en esta revisión, aunque es una experiencia muy subjetiva, las personas que lo padecen en esta etapa terminal, lo único que desean es tener un buen confort físico, por eso el uso de diferentes fármacos como lo son los sedantes u opioides tienen una participación de gran repercusión en esta situación.

En cuidado paliativo el rol que desempeña enfermería es de vital importancia, este cuidado debe ser integro, interviniendo en cada una de sus dimensiones: físicas, sociales, psicológicas y espirituales. Con ello, el profesional debe contar con la competencia y destrezas necesarias para la aplicación de un buen Proceso de atención de enfermería (PAE) en cada una de sus etapas (Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), para así brindar un cuidado que genere bienestar y tranquilidad a la persona mediante las intervenciones.

Por otro lado, esta revisión sistemática nos permitió identificar la mínima participación de enfermería en la investigación de cuidado paliativo. Es decir, que tenemos como compromiso, desarrollarnos más en la investigación y, sobre todo, dar a conocer que enfermería es un arte, arte que tiene la capacidad de participar en diferentes escenarios y como también en los cuidados paliativos, brindando el trato humanizado y ver a esta persona más que a un simple paciente, si no como a alguien integral que tiene un núcleo familiar que también lo necesita.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Cáncer avanzado - NCI [Internet]. [citado 25 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado>
2. 33 mil personas al año mueren de Cáncer en Colombia [Internet]. [citado 25 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/33-mil-personas-al-año-mueren-de-Cáncer-en-Colombia.aspx>
3. Carcinogénesis [Internet]. [citado 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://juntosxtusalud.com/carcinogenesis>
4. Vista de Acompañamiento espiritual a pacientes en fase terminal: una perspectiva desde la humanización de salud [Internet]. [citado 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistas.uco.edu.co/index.php/uco/article/view/341/412>
5. Molina B, Rodríguez L, Valdelamar A, Sánchez R, Molina B, Rodríguez L, et al. Traducción y adaptación transcultural de la escala FACIT-Pal para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 13 de febrero de 2020;24(1):18-25.
6. Lau J, Flamer D, Murphy-Kane P. Interventional anesthesia and palliative care collaboration to manage cancer pain: a narrative review. *Can J Anesth*. 1 de febrero de 2020;67(2):235-46.
7. Dong ST, Costa DSJ, Butow PN, Lovell MR, Agar M, Velikova G, et al. Symptom clusters in advanced cancer patients: An empirical comparison of statistical methods and the impact on quality of life. *J Pain Symptom Manag*.

1 de enero de 2016;51(1):88-98.

8. Falk E, Schlieper D, Van Caster P, Lutterbeck MJ, Schwartz J, Cordes J, et al. A rapid positive influence of S-ketamine on the anxiety of patients in palliative care: A retrospective pilot study. *BMC Palliat Care*. 3 de enero de 2020;19(1):1-15.
9. Guenther M, Görlich D, Bernhardt F, Pogatzki-Zahn E, Dasch B, Krueger J, et al. Virtual reality reduces pain in palliative care—A feasibility trial. *BMC Palliat Care*. 1 de diciembre de 2022;21(1):1-9.
10. Página 725 - alligood 8a edición\_Neat [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://online.anyflip.com/ioqdj/uttf/files/basic-html/page725.html>
11. Desarrollo del conocimiento en Enfermería: TEORÍA DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA [Internet]. [citado 2 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-del-final-tranquilo-de-la-vida.html>
12. Luis J, Suarez Á, Del F, Arévalo C, Fernández D, Montserrat F, et al. Manual de Valoración de Patrones Funcionales.