

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA
“San Vicente Mártir”

“Revisión bibliográfica sobre la calidad de vida de los pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos tempranos”

TRABAJO FIN DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
“GRADO EN ENFERMERÍA”

Presentado por:

D^a. Carlota de Fuentes Beta

Tutor/a:

Dra. D^a. Fernanda Garzón Farinós

Valencia, a 06 de mayo de 2019

ÍNDICE GENERAL

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	0
1.1. Resumen	0
1.2. Palabras clave	0
2. INTRODUCCIÓN	1
2.1. ¿Qué es el cáncer?	1
2.2. Incidencia, prevalencia y mortalidad.....	3
2.3. Factores predisponentes.....	5
2.4. Cáncer con mayor incidencia en España	7
2.5. Tratamiento para abordar el cáncer	8
2.6. El papel de la enfermería en el paciente oncológico	10
2.7. Cuidados paliativos enfermeros en el paciente oncológico.....	12
3. OBJETIVOS	14
4. MATERIAL Y MÉTODOS	15
4.1. Selección de artículos	19
4.2. Valoración escala Oxford	20
5. RESULTADOS	21
6. DISCUSIÓN	41
7. CONCLUSIONES	44
8. BIBLIOGRAFÍA	45

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: estadios del cáncer.....	2
Tabla 2: procesos de selección y resultados de búsquedas.....	16
Tabla 3: escala de calidad de los artículos CEBM	20
Tabla 4: valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica.....	23

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: etapas de la carcinogénesis	2
Figura 2: incidencia de tumores a nivel mundial en 2018.....	3
Figura 3: prevalencia de cáncer en hombres en 2018	4
Figura 4: prevalencia de cáncer en mujeres en 2018	4
Figura 5: factores de riesgo del cáncer.....	6
Figura 6: diagrama de flujo	22

SIGLAS Y ABREVIATURAS

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CP	Cuidados Paliativos
CPE	Cuidados Paliativos Especializados
CPT	Cuidados Paliativos Tempranos
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NIH	National Institutes of Health
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Proceso de atención de enfermería
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
TNM	Tumor, nódulo y metástasis

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

1.1. Resumen

Introducción

Los cuidados paliativos son aquellos que se prestan a aquellas personas que presentan una enfermedad incurable con el objetivo de mejorar su calidad de vida y la carga sintomática. Es un servicio de atención multidisciplinar donde se presta un cuidado holístico de la persona interviniendo en las diferentes dimensiones (física, social, psicológica y espiritual). En esta revisión bibliográfica nos centramos en la aplicación temprana de los cuidados paliativos en el paciente oncológico para determinar si existe una mejoría en cuanto a la calidad de vida de los pacientes o si por el contrario la mejoría no es relevante.

Objetivos

Con este estudio se pretende determinar la calidad de vida de los pacientes oncológicos a los que se les deriva de forma temprana a los servicios de cuidados paliativos (CP).

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática, para localizar artículos científicos en diferentes bases de datos (Pubmed, WOS y Ebscohost), analizando su nivel de evidencia y grado de recomendación.

Resultados

Tras la búsqueda en las tres bases de datos mencionadas anteriormente, se escogieron 115 artículos de los cuáles se descartaron 42 porque no estaban a texto completo, el resumen no se ajustaba al tema y otros estaban repetidos. Finalmente, nos quedamos con 18 artículos para realizar esta revisión bibliográfica, descartando aquellos que no se ajustaban a los criterios de inclusión.

Conclusiones

Con el estudio de los artículos se ha visto que la introducción temprana de los cuidados paliativos en pacientes oncológicos mejora la calidad de vida y la supervivencia.

1.2.Palabras clave

Enfermería oncológica, cuidados enfermeros, cuidados paliativos, oncología, enfermo terminal, cáncer y neoplasia.

2. INTRODUCCIÓN

2.1.¿Qué es el cáncer?

Las células del cuerpo humano en su funcionamiento normal crecen y se dividen para formar nuevas células en función de la necesidad de nuestro cuerpo, por lo que cuando estas células envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por nuevas células.

Ahora bien, en el cáncer las células empiezan a crecer de forma descontrolada, dificultando el funcionamiento correcto de nuestro organismo y pudiendo aparecer en cualquier parte del cuerpo.

Si las células que se dividen descontroladamente mutan, se produce la denominada carcinogénesis, que dura años pasando y pasa por diferentes etapas y los responsables de su aparición son los denominados agentes carcinógenos (1-3).

Gran parte de los cánceres forman una masa denominada tumor y no todas ellas son cancerosas, para ello se deben de estudiar y determinar su malignidad (tumores malignos) o por el contrario su benignidad (tumores benignos), que no invaden ni destruyen otros órganos y, en general, se suelen extirpar con éxito sin que se vuelva a reproducir (1-3).

Etapas de la carcinogénesis:

Como podemos observar en la Figura 1, la carcinogénesis consta de las siguientes etapas:

Fase 1 (Fase de iniciación tumoral): los agentes carcinógenos actúan sobre la célula alterando su material genético (mutación). Esta primera fase no produce cáncer, pero se le considera el inicio del proceso. El resultado es la multiplicación de las células dañadas a gran velocidad, transmitiendo a las células vecinas la mutación. A las células afectadas se les denomina células iniciadas.

Fase 2 (Fase de promoción): ocurre cuando sobre las células iniciadas actúan de nuevo los agentes carcinógenos, dando lugar a una multiplicación de células más rápida y con una mayor probabilidad de que se den nuevas mutaciones. Las células involucradas en esta fase se denominan células promocionadas.

Fase 3: las células iniciadas y las células promocionadas sufren nuevas mutaciones, adquiriendo la capacidad de invasión a nivel local y a distancia (originando la metástasis) (4).

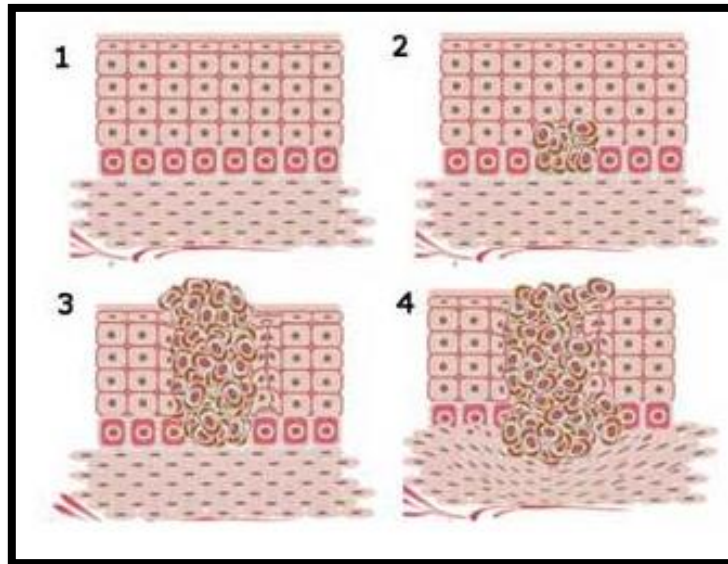


Figura 1: etapas de la carcinogénesis (4).

Estadios del cáncer:

Los estadios del cáncer se determinan en función de la extensión que presente y se describe utilizando un sistema de estadificación del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) denominado TNM (5), donde T es el tumor primario (indica el tamaño, la extensión y la profundidad del tumor), N los nódulos linfáticos (indica el número de nódulos que tienen cáncer y la localización de los nódulos afectados por el cáncer) y M la metástasis (indica las células cancerígenas fuera de la zona local del tumor y los nódulos linfáticos que la rodean). Este es el sistema general y más preciso que más se utiliza para determinar el estadio del cáncer (2, 6).

Dependiendo de los resultados del sistema TNM se clasifica el cáncer en estadios, que van del 0 al IV en números romanos como podemos observar en la tabla siguiente:

Tabla 1: estadios del cáncer (2)

ESTADIO	CARACTERÍSTICAS
0	Tumores in situ o no invasores.
I	Tumores pequeños sin compromiso ganglionar.
II	Tumores un poco más grandes o con compromiso tumoral limitado.
III	Tumores localmente avanzados.
IV	Metástasis.

2.2. Incidencia, prevalencia y mortalidad

Incidencia:

El cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo, siendo un importante problema de salud pública (7). Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (8), actualmente, siguen aumentando los casos de cáncer, de los cuales se detectaron 18,1 millones en 2018 y se espera un aumento de hasta 29,5 millones de casos en 2040 en España.

Los tumores más frecuentes diagnosticados en el mundo, en el año 2018, como podemos observar en la Figura 2 fueron los de pulmón, mama, colon y recto, próstata y estómago.

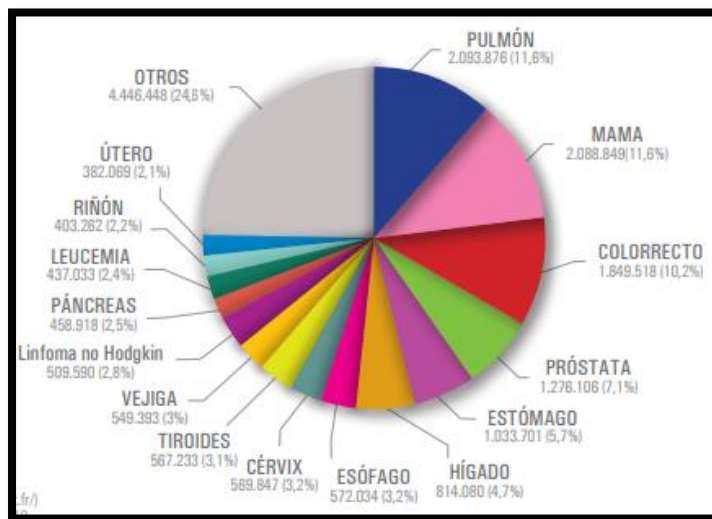


Figura 2: incidencia de tumores a nivel mundial en 2018 (8)

La incidencia de casos es más elevada en hombres (Fig. 3) que en mujeres (Fig. 4) y según el sexo predominan ciertos tipos de cánceres. En el caso de los hombres el cáncer de próstata, pulmón y colorrecto son entre otros los más frecuentes. Por el contrario, en el caso de las mujeres los cánceres que predominan son el de mama, útero, colon, páncreas y ovario entre otros (8).

Prevalencia:

La prevalencia está determinada por la supervivencia, por lo que un tumor con una alta supervivencia presenta una mayor prevalencia que aquel que tiene una supervivencia menor. La estimación de la prevalencia de tumores en España para el año 2018 (prevalencia a los 5 años) en función del sexo fue de (8):

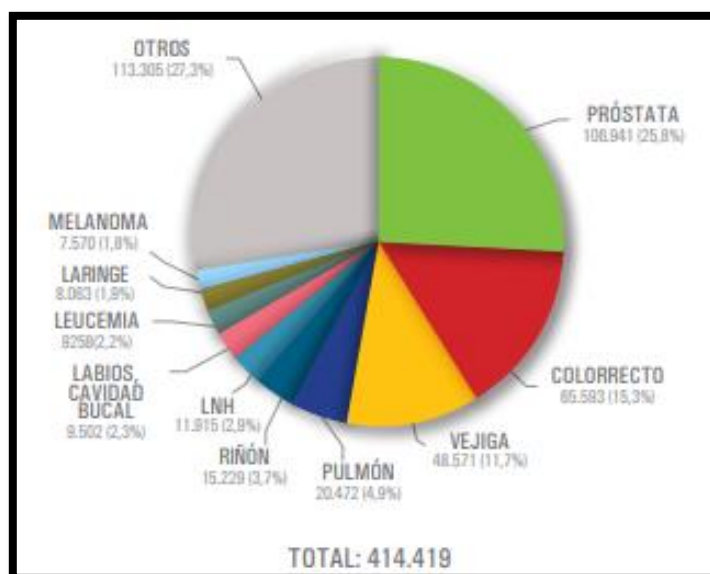


Figura 3: prevalencia de cáncer en hombres en 2018 (8)

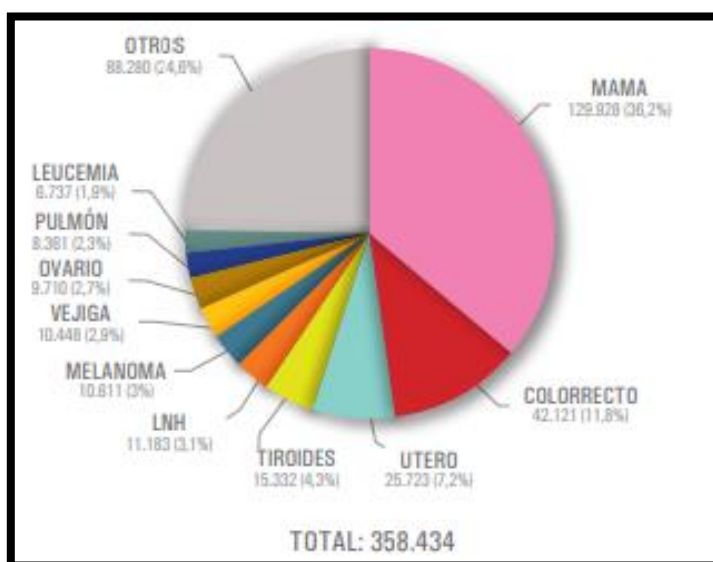


Figura 4: prevalencia de cáncer en mujeres en 2018 (8)

Mortalidad:

Según los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística (8) en diciembre de 2018, correspondiente al año 2017, los tumores constituyeron la segunda causa de muerte en España, por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio.

De forma general, la mortalidad a causa del cáncer en España ha descendido en las últimas décadas, esto es debido a las mejoras en la supervivencia de los pacientes con tumores debido a las actividades preventivas, las campañas de diagnóstico precoz, los avances terapéuticos y la disminución de la prevalencia de fumadores (8).

La gran mayoría de muertes en pacientes oncológicos se debe a la resistencia al tratamiento, la recaída y la metástasis (9).

2.3. Factores predisponentes

Según el Instituto Nacional del Cáncer (NIH por sus siglas en inglés) (4), no se sabe con exactitud el motivo por el cual una persona padece cáncer y otra no, aunque se ha visto que existen ciertos factores de riesgo que aumentan las posibilidades de padecer cáncer.

La reducción del riesgo de sufrir algunos tipos de cáncer se ve relacionado con la realización de cambios en los factores de riesgo modificables, pudiendo prevenirse de esta forma gran parte de los casos (10).

A continuación, detallamos los factores de riesgo en el cáncer y lo mostramos gráficamente en la Figura 5:

- A) Factores no modificables (son las mutaciones espontáneas inevitables que surgen como resultado de errores aleatorios en la replicación del ADN) (11).
- Edad: la mayoría de cánceres aparecen conforme la edad avanza, es decir, las personas mayores tienen una predisposición por su edad a padecer algún tipo de cáncer. Aunque es cierto que, la enfermedad puede ocurrir a cualquier edad. Las personas mayores son menos conscientes de detectar síntomas tempranos de cáncer, por este motivo suelen diagnosticarse cuando la enfermedad ya está avanzada (12).
 - Sexo: como hemos indicado anteriormente, la incidencia de casos nuevos en hombres y mujeres varía, siendo más frecuentes en los hombres el cáncer de próstata, pulmón, colorrecto, vejiga y en las mujeres el cáncer de mama, útero, colon, páncreas, ovario.
 - Genética/antecedentes familiares.
 - Medio ambiente.

B) Factores modificables:

Factores exógenos/externos:

- Beber alcohol: aumenta el riesgo de padecer cáncer de boca, garganta, esófago, laringe y seno.
- Dieta: el sobrepeso/obesidad aumenta las posibilidades de padecer cáncer, por lo que es importante llevar una buena alimentación y realizar ejercicio físico, de esta forma podremos reducir significativamente el riesgo.
- Tabaco: se considera que es la causa principal por la que aparece el cáncer. Los cánceres más frecuentes que puede ocasionar el tabaco son los siguientes: pulmón, boca, laringe, esófago, garganta, vejiga, riñón, hígado, estómago, páncreas, colon y recto y cérvix o cuello uterino.

Factores endógenos:

- Hormonas: los estrógenos (hormonas sexuales femeninas) son considerados carcinógenos.
- Inmunosupresión: las personas que reciben un trasplante de órgano, necesitan la toma de inmunosupresores de por vida y estos debilitan el sistema inmunitario disminuyendo su capacidad de detectar y destruir las células cancerosas o combatir las infecciones que causan el cáncer (4).



Figura 5: factores de riesgo del cáncer (13)

2.4. Cáncer con mayor incidencia en España

El cáncer de pulmón es uno de los cánceres más comunes del mundo, que se produce principalmente como consecuencia del consumo de tabaco, dando lugar a un numeroso número de muertes. Los síntomas con los que se manifiesta son los siguientes:

- Tos que no desaparece y empeora con el tiempo
- Dolor constante en el pecho
- Tos con expectoración con sangre
- Falta de aire, sibilancias y ronquera al respirar
- Inflamación del cuello y la cara
- Pérdida del apetito o pérdida de peso
- Problemas constantes por neumonía o bronquitis
- Fatiga (14).

El cáncer de mama se produce más comúnmente en mujeres que en hombres, 1 de cada 8 mujeres presenta cáncer de mama. Los síntomas más frecuentes en este caso son los siguientes:

- Aparición de un bulto o masa en la mama o axila (normalmente no presenta dolor).
- Cambio de tamaño o de la forma de la mama.
- Irregularidades en la forma del contorno de la mama.
- Secreciones a través del pezón.
- Pérdida leve de movilidad en las mamas al levantar los brazos.
- Inflamación con eritema de la piel, calor, dolor o hinchazón en las mamas (14, 15).

El cáncer colonorrectal se produce cuando se forman tumores en el revestimiento del intestino grueso y es común tanto en hombres como en mujeres. Se manifiesta a partir de los 50 años de edad. Los síntomas más comunes en este tipo de cáncer son:

- Diarrea o estreñimiento.
- Sensación de vaciado incompleto de intestino.
- Sangre en heces (hematoquecia//melena).
- Sensación de estar lleno o hinchazón y calambres abdominales por la acumulación de gases.
- Heces más delgadas de lo habitual.

- Pérdida de peso excesiva sin razón aparente.
- Fatiga.
- Náuseas y/o vómitos (14).

Asimismo, el cáncer de próstatas es un tipo de cáncer común en hombres de edad avanzada, siendo rara su aparición antes de los 40 años. Los síntomas pueden incluir:

- Sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga.
- Urgencia miccional (pérdida involuntaria de orina).
- Aumento de la frecuencia de orinar.
- Disuria (dolor y/o escozor al orinar).
- El tumor puede causar una obstrucción de la uretra produciendo una retención urinaria.
- Retardo en el inicio de la micción y disminución de la fuerza del chorro de orina.
- Dolor en la parte baja de la espalda (lumbares).
- Dolor al eyacular (1, 14).

2.5. Tratamiento para abordar el cáncer

Existen diferentes tratamientos para abordar el cáncer y su elección va a depender de estos factores: el tipo de cáncer al que nos enfrentamos, la etapa en la que se encuentra el cáncer y finalmente la edad, estado de salud y necesidades personales.

Para la toma de decisión en el tratamiento, es importante saber cuál va a ser el objetivo, si curar el cáncer, controlarlo o tratar los problemas que ocasiona.

En general los tipos más frecuentes de tratamiento son los siguientes:

▪ Cirugía:

Se suele utilizar cuando el cáncer está bien localizado, y con la extirpación del tumor se puede extraer tejido de alrededor que se sospeche que pueda contener células cancerosas.

La cirugía se puede utilizar para diferentes fines, como son:

- Extirpación de todo el tumor.
- Reducción del tumor, donde se extirpa parte del tumor canceroso, ya que si lo extirpáramos todo podría dañar algún órgano o parte del cuerpo.

- Alivio de los síntomas del cáncer, se utiliza para extirpar tumores que producen presión o dolor.

- **Radioterapia:**

Del mismo modo que la cirugía, la radiación se utiliza para tratar cánceres localizados en una zona determinada. Su objetivo es destruir o dañar las células cancerosas para impedir su crecimiento. Se puede utilizar como único tratamiento o junto con la cirugía o quimioterapia.

Se puede administrar de dos formas:

- Radiación externa: es la radiación que se aplica a través de una máquina, no causa dolor y se lleva a cabo de forma ambulatoria. Se suele administrar 5 veces/semana durante 5-8 semanas en función del tamaño, la ubicación y el tipo de cáncer a tratar.
- Implantes radiactivos: son implantes que se colocan en el cuerpo cerca del tumor, de este modo el paciente puede recibir una mayor dosis de radiación en una zona más reducida y en un periodo de tiempo más breve.

Su aplicación puede presentar efectos secundarios que varían según la persona, aunque los más frecuentes suelen ser: cansancio, en la zona tratada se producen cambios en la piel, pérdida del apetito.

- **Quimioterapia:**

Consiste en la aplicación de fármacos potencialmente fuertes con el objetivo de:

- Curar el cáncer.
- Evitar que el cáncer sea propagado.
- Eliminar células cancerosas que se puedan haber propagado.
- Ralentizar el crecimiento del cáncer.
- Aliviar los síntomas de ocasiona el cáncer.
- Reducir el tamaño de un tumor previo a una cirugía.
- Reducir el riesgo de que reaparezca el cáncer tras la cirugía.

La vía de administración más utilizada es la intravenosa, que permite al fármaco administrado alcanzar el cáncer propagado a través del torrente sanguíneo. Se administra en ciclos, y cada uno de ellos viene seguido de un periodo de recuperación.

En cuanto a los efectos secundarios que produce, dependerán del tipo de fármaco utilizado, la cantidad administrada y la duración del tratamiento y estos efectos pueden ser: náuseas y/o vómitos, pérdida temporal del cabello, debilidad, cansancio, mayor probabilidad de padecer alguna infección puesto que se produce una debilitación del sistema inmune, aftas en la boca (3).

2.6. El papel de la enfermería en el paciente oncológico

La esencia de la enfermería es el cuidado, que se define como las acciones que realiza la enfermera y que tienen como finalidad tratar de resolver problemas que influyen en la calidad de vida de las personas. Estos cuidados pueden ser dirigidos a un individuo, grupo y/o comunidad. En el caso de los pacientes oncológicos los cuidados que se prestan deben de ser continuos según la sintomatología que puede cambiar a lo largo de la enfermedad, controlando además del dolor el sufrimiento del paciente y familiares (16, 17).

Esta rama de la enfermería exige una implicación tanto física como emocional del profesional, donde la enfermera debe de abordar las necesidades físicas, psicosociales y espirituales del paciente oncológico y su familia. Son testigos del sufrimiento de los pacientes, ya que son ellas las que pasan la mayor parte del tiempo a su lado, conociéndolos y satisfaciendo sus necesidades (16).

Actualmente, el cáncer es un importante problema de salud. Por ello, su investigación y su tratamiento han servido de incentivo para el desarrollo de la enfermería oncológica como una especialidad independiente, donde las enfermeras atienden a los pacientes con cáncer desde el momento de su diagnóstico y durante toda la enfermedad hasta el final de la vida (16).

Los cuidados en Enfermería siempre actúan guiándose en el proceso de atención de enfermería (PAE), que es el método científico que se aplica a la práctica asistencial enfermera y permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática. El principal objetivo del PAE es constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Este proceso está constituido por una serie de etapas:

1. Valoración: consiste en la recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente.
2. Diagnóstico: es la definición del problema real o potencial del paciente, que requiere de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo (NANDA).
3. Planificación: es la organización del plan de cuidados donde se plantean objetivos (taxonomía NOC) y se elaboran intervenciones y actividades de enfermería (taxonomía NIC).
4. Ejecución: consiste en llevar a la práctica el plan de cuidados establecido.
5. Evaluación: en este último punto se valora la eficacia y efectividad del plan de cuidados ejecutado (17).

Las enfermeras oncológicas deben de formarse y adquirir conocimientos sobre los principios de atención integral para satisfacer y educar a los pacientes y familiares (18).

Para desempeñar las funciones las enfermeras deben de tener conocimiento sobre la promoción de la salud, terapia familiar, desarrollo de habilidades en comunicación, saber trabajar en equipo, la resolución de problemas, deben ser capaces de pensar críticamente, analizar y reflexionar, y aplicar los conocimientos aprendidos basados en la evidencia científica (19-20).

Tienen como función el cuidado holístico de la persona atendiendo sus necesidades de forma individual, incluyendo el cuidado físico y apoyo emocional, el dolor, la educación del paciente y la familia, la atención de apoyo al paciente y sus familiares, consulta para tratar problemas psicológicos, evaluación del estado del paciente y manejo de síntomas entre otras (20-21).

Las intervenciones enfermeras en oncología son las siguientes:

- Atención oncológica:
 - Enfermera gestora de casos en el diagnóstico del cáncer: donde gestiona y coordina su diagnóstico proporcionando cuidados e información específica de la enfermedad.
 - Enfermera clínica: de referencia o gestora de casos en comités de tumores o unidades funcionales, en este caso la enfermera proporciona cuidados para la prevención y atención de las situaciones que lo requieren, además participa en la conducción del paciente durante el plan terapéutico.

- Consulta de hospital de día y consulta de radioterapia: donde la enfermera actúa dando información y educación sanitaria para el autocuidado del paciente oncológico, incluyendo el asesoramiento antes, durante y después del tratamiento.
- Atención continuada: consiste en continuación de los cuidados una vez el paciente es dado de alta.
- Cuidados paliativos: donde la enfermera desarrolla intervenciones específicas para una valoración clínica, el asesoramiento al equipo asistencial y la indicación de los niveles de intervención (21).

2.7.Cuidados paliativos enfermeros en el paciente oncológico

La OMS (22) definió los cuidados paliativos como una modalidad asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, frente a los problemas generados por enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Estos cuidados implican tanto la identificación temprana, como la evaluación precisa y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espiritualidades y se proporcionan a los pacientes que presentan una fase avanzada y terminal de la enfermedad, en este caso del cáncer.

El papel de la enfermería ha sido y sigue siendo una parte importante de los cuidados paliativos, que desempeñan su función en las diferentes dimensiones (física, psicológica, social y espiritual) (23).

La administración de cuidados paliativos pretende:

- Proporcionar alivio del dolor.
- Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal.
- Establecer unos cuidados que no demore ni acelere el proceso de muerte.
- Integrar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales durante el tratamiento del paciente.
- Facilitar que el paciente lleve una vida lo más activa posible.
- Ofrecer un programa de apoyo a la familia.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y familiares.

Para que los cuidados paliativos se lleven a cabo es necesario el trabajo multidisciplinar, donde participan diversos profesionales de la salud como son los médicos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, asesores espirituales etc (24).

3. OBJETIVOS

3.1.Objetivo general

Determinar la importancia de los cuidados paliativos tempranos a nivel de la enfermería en el paciente oncológico, mediante una revisión bibliográfica sistemática.

3.2.Objetivos específicos

1. Determinar cuáles son los motivos por los que no se terminan de aplicar estos cuidados de forma temprana.
2. Modificar las barreras para permitir la atención temprana de los cuidados paliativos.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

La búsqueda de artículos empleados en esta revisión bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos: Medline (a través de la plataforma Pubmed), Cinhal (a través de la plataforma Ebscohost), Web of Science, durante los meses de febrero y marzo de 2019.

Para la búsqueda de los artículos se han utilizado las siguientes palabras clave: oncología, enfermo terminal, cuidados enfermeros, cuidados paliativos, enfermería oncológica; dando lugar a una ecuación de búsqueda, que podemos observar en la Tabla 2 a partir de la cuál creamos la pregunta PICO:

P (definición del problema o paciente): pacientes oncológicos.

I (intervenciones): pacientes oncológicos que han recibido cuidados paliativos enfermeros.

C (comparación): calidad de vida respecto a los pacientes que han recibido unos cuidados paliativos tempranos a nivel de enfermería y los que no los han recibido.

O (outcomes = resultados): eficacia de los cuidados paliativos tempranos a nivel de enfermería en la calidad de vida.

Tabla 2. Procesos de selección y resultados de búsquedas.

BASE DE DATOS	RESULTADOS TOTALES
<p>Pubmed</p> <p>((((((((((("Oncology Nursing"[Mesh]) OR "Nursing Care"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) OR "Primary Nursing"[Mesh]) OR "Palliative Care"[Mesh]) OR "Community Health Nursing"[Mesh]) OR "Home Nursing"[Mesh])))) OR (((((((((((("oncology nursing"[Title/Abstract] OR "oncology nursing care"[Title/Abstract]))) OR (("nursing care"[Title/Abstract] OR "nursing care at home"[Title/Abstract] OR "nursing care delivery"[Title/Abstract]))) OR "nursing"[Title/Abstract]) OR (("primary nursing"[Title/Abstract] OR "primary nursing care"[Title/Abstract]))) OR (("palliative care"[Title/Abstract] OR "palliative care at home"[Title/Abstract]))) OR "community health nursing"[Title/Abstract]) OR (("home nursing"[Title/Abstract] OR "home nursing care"[Title/Abstract]))) OR "oncologic nursing"[Title/Abstract]) OR (("cancer nursing"[Title/Abstract] OR "cancer nursing care"[Title/Abstract]))) OR "oncological nursing"[Title/Abstract]) OR "nursings"[Title/Abstract]) OR (("palliative treatments"[Title/Abstract] OR "palliative tumor therapy"[Title/Abstract]))) OR "palliative treatment"[Title/Abstract]) OR "palliative therapy"[Title/Abstract]) OR (("palliative supportive care"[Title/Abstract] OR "palliative surgery"[Title/Abstract] OR "palliative surgical"[Title/Abstract])))</p> <p>AND</p> <p>((((((((((("Terminally Ill"[Mesh]) OR "Neoplasms"[Mesh]) OR "Chronic Disease"[Mesh])) OR (((((((((((("terminally ill"[Title/Abstract] OR "terminally ill cancer"[Title/Abstract] OR "terminally ill patient"[Title/Abstract] OR "terminally ill patients"[Title/Abstract] OR "terminally ill patients with cancer"[Title/Abstract]))) OR "neoplasms"[Title/Abstract]) OR "neoplasm"[Title/Abstract]) OR "chronic disease"[Title/Abstract]) OR "chronic diseases"[Title/Abstract]) OR "neoplasia"[Title/Abstract]) OR "neoplasias"[Title/Abstract]) OR "tumors"[Title/Abstract]) OR "tumor"[Title/Abstract]) OR "cancers"[Title/Abstract]) OR "cancer"[Title/Abstract]) OR "malignant neoplasms"[Title/Abstract]) OR "malignant neoplasm"[Title/Abstract]) OR "chronic illness"[Title/Abstract]) OR "chronic illnesses"[Title/Abstract])) Sort by: Best Match Filters: Clinical Trial; Randomized Controlled Trial; published in the last 5 years</p>	<p>552</p>

Tabla 2. Procesos de selección y resultados de búsquedas (Continuación).

BASE DE DATOS	RESULTADOS TOTALES
<p>Web of Science (WOS)</p> <p>TEMA: (oncology* OR cancer* OR neoplasia* OR "terminally ill" OR "malignant neoplasm") AND TEMA: ("palliative care" OR "nursing care" OR "oncology nursing" OR "home care" OR "primary nursing") Refinado por: AÑOS DE PUBLICACIÓN: (2019 OR 2018 OR 2017 OR 2016 OR 2015) AND [excluyendo] Bases de datos: (KJD OR RSCI) Período de tiempo: Todos los años. Bases de datos: WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO. Idioma de búsqueda=Auto</p>	<p>11853</p>

Tabla 2. Procesos de selección y resultados de búsquedas (Continuación).

BASE DE DATOS	RESULTADOS TOTALES
<p>Ebscohost</p> <p>TI (“palliative care” OR “nursing care” OR “oncology nursing” OR “home care”) OR AB (“palliative care” OR “nursing care” OR “oncology nursing” OR “home care”) OR (MH “Oncologic Care+”) OR (MH “Terminal Care+”) OR (MH “Nursing Care+”) OR (MH “Oncologic Nursing+”) OR (MM “Hospice and Palliative Nursing”) OR (MM “Palliative Care”)</p> <p>AND</p> <p>TI (oncology* OR cancer* OR “terminally ill” OR “malignant neoplasm”) OR AB (oncology* OR cancer* OR “terminally ill” OR “malignant neoplasm”) OR (MH “Oncology+”) OR (MM “Cancer Patients”) OR (MH “Neoplasms+”) OR (MH “Terminally ill Patients+”)</p> <p>Limitadores-Fecha de publicación: 2015-2019 Especificador por lenguaje: spanish and english</p>	<p>18317</p>

4.1. Selección de artículos

La selección de artículos para esta revisión bibliográfica se llevó a cabo a través de unos criterios de inclusión y exclusión, que se muestran a continuación.

Criterios de inclusión

- Documentos publicados en los últimos 5 años sobre la importancia de aplicar los cuidados paliativos enfermeros de forma temprana en cuanto a la calidad de vida del paciente oncológico.
- Artículos que fueran Ensayos clínicos aleatorios.
- Pacientes oncológicos adultos que comprenden edades de 18-60 años.
- Estudios aplicados a humanos.
- Textos en los idiomas: inglés y español.

Criterios de exclusión

- Artículos que se enfocan a un tipo determinado de cáncer.
- Artículos que tras leer no se ajustan al tema planteado.

4.2. Valoración de la calidad de los estudios

La escala de valoración utilizada para determinar la calidad de los estudios ha sido la escala Oxford (Tabla 3).

Tabla 3. Escala de calidad de los artículos CEBM (25)

Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	1b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	2b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento)
	2c	Investigación de resultados en salud
	3a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	3b	Estudios de casos y controles individuales
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad

*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (–) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D.

5. RESULTADOS

Se inició la búsqueda en la base de datos Pubmed, donde introduciendo la ecuación de búsqueda se encontraron 64.580 artículos y acotamos los resultados con artículos que fueran *Clinical Trial* y/o *Randomized Controlled Trial* y que fueron publicados entre 2015-2019, reduciendo los resultados a 552 artículos, de los cuáles seleccionamos 46 a estudio. Por otro lado, en la base de datos de WOS se encontraron 19.805 artículos y acotamos la búsqueda a artículos publicados entre 2015-2019, dándonos como resultado un total de 8.105, de los cuáles seleccionamos 27 a estudio. Finalmente, en la base de datos Ebscohost encontramos 85.558 artículos y refinamos la búsqueda a artículos publicados entre 2015-2019 y en lengua inglesa y/o española, dándonos un total de 18.317 artículos, de los cuales seleccionamos a estudio 42 artículos.

Como resultado de las búsquedas en las tres bases de datos nos quedamos con 115 artículos, de los cuales se eliminaron 73 artículos, 47 fueron eliminados porque no estaban disponibles a texto completo, 21 se eliminaron porque tras leer el resumen no se ajustaba al tema a tratar y 5 estaban repetidos en una base de datos.

Por último, se obtuvieron 42 artículos. De estos 42 artículos, 20 fueron eliminados debido a los criterios de exclusión y que tras leer el artículo completo no se ajustaba para el estudio. Por lo que, finalmente se analizaron 22 artículos para esta revisión bibliográfica (Fig. 6).

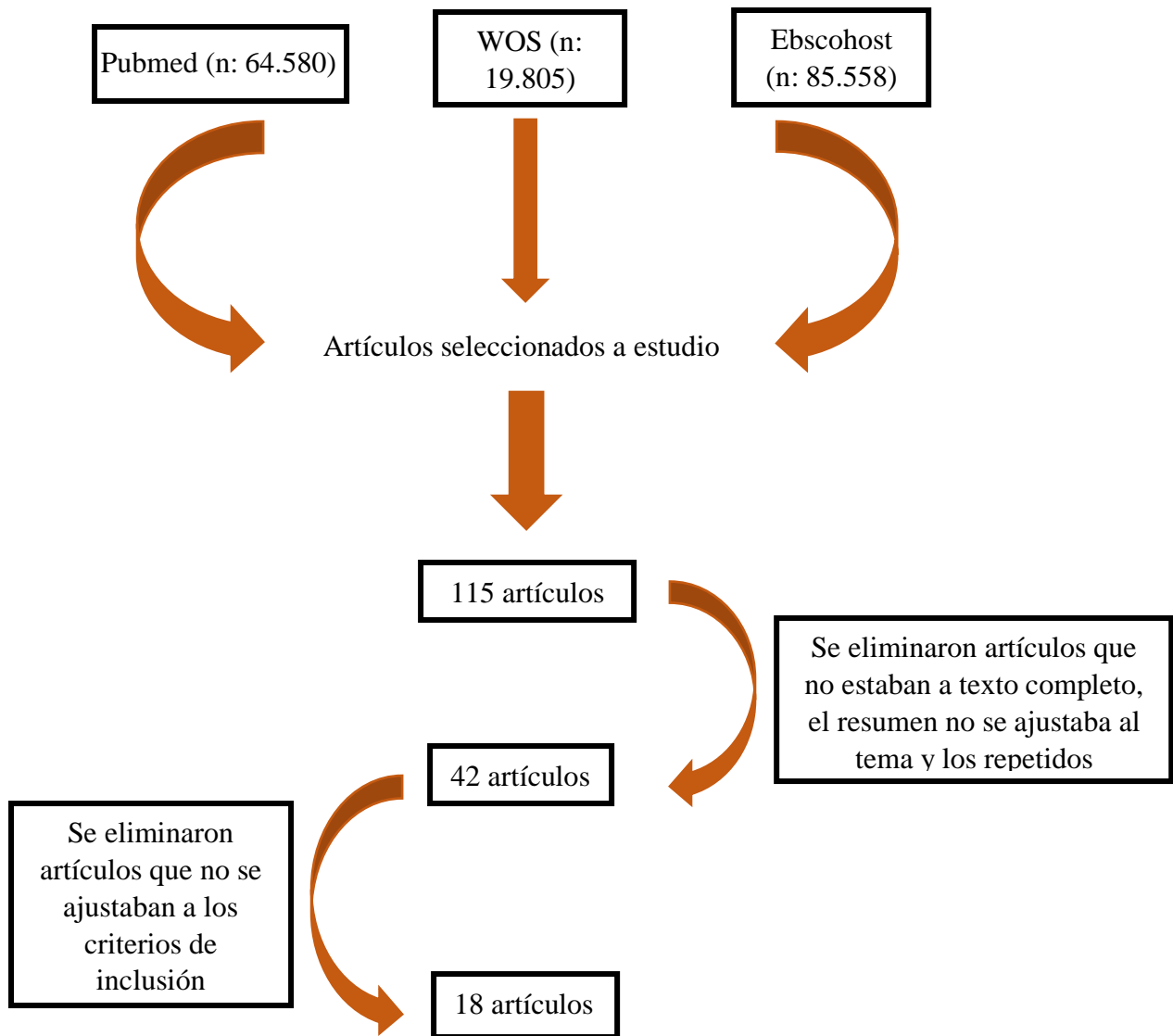


Figura 6. Diagrama de flujo de la muestra de artículos de nuestra población de estudio.

Las siguientes tablas muestran una descripción de los estudios analizados en esta revisión bibliográfica (Tabla 4).

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica.

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Meffert C, et.al. (26) 2015</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Estudio de Cohortes Prospectivo Multicéntrico</p>	<p>Pacientes con cáncer metastásico que no responden a tratamientos curativos de 5 centros oncológicos integrales</p>	<p>Proyecto EVI: evaluar si los cuidados paliativos tempranos tienen eficacia a través de cuestionarios que miden la calidad de vida del paciente, la carga sintomática y el estado de ánimo</p>	<p>Si existe un beneficio evidente sobre aquellos pacientes que reciben CPT y aquellos que no los reciben</p>	<p>Los pacientes que recibían CPT tenían una mejor calidad de vida y un mayor nivel de satisfacción con su tratamiento</p>	<p>B</p>	<p>2a</p>

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Vanbutsele G, et.al. (27) 2015</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Ensayo Clínico Aleatorio</p>	N=182 pacientes con cáncer avanzado	Consultas sistemáticas con las enfermeras de cuidados paliativos poco después del diagnóstico de cáncer avanzado, para evaluar el impacto de la integración temprana de los CP en la calidad de vida del paciente	Asignación al azar de los pacientes a la integración temprana de los CP en la atención oncológica estándar o la atención oncológica estándar sola	Los pacientes que reciben además de los cuidados oncológicos estándar los CP presentan una mejor calidad de vida y mejor estado de ánimo	A	1a

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Bakitas MA, et.al. (28) 2015</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Ensayo Clínico Aleatorizado</p>	N=207 pacientes con cáncer avanzado	<p>Estudio ENABLE, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sesiones 1-3: resolución de problemas y manejo de síntomas, autocuidado, identificación y coordinación de los recursos locales, comunicación, toma de decisiones y planificación anticipada de la atención. -Sesiones 4-6: enfoque de revisión de vida que anima a los participantes a sobrellevar la enfermedad -Después de las 6 sesiones: Seguimientos mensuales a través de llamadas telefónicas de las enfermeras oncológicas 	Pacientes que recibían tras el diagnóstico del cáncer cuidados paliativos y aquellos que no los recibían	En este estudio la mejora en la calidad de vida, la supervivencia, y el estado de ánimo en los pacientes remitidos a los CPT no fue significativo y el momento óptimo para iniciar los CP requieren de más estudios	A	1a

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>McCorkle R, et.al. (29) 2015</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Ensayo Clínico Aleatorio</p>	N=146 pacientes (66 de intervención y 80 de control)	Evaluar los efectos de una intervención multidisciplinaria coordinada por enfermeras en pacientes recién diagnosticados de cáncer avanzado	Pacientes que recibían la intervención respecto a aquellos que recibían la atención oncológica habitual/estándar	Los síntomas físicos y emocionales y la competencia funcional mejoraron o permanecieron estables en los pacientes que habían recibido CP	A	1a

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Zimmermann C, et.al. (30) 2016</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Ensayo Clínico Aleatorizado</p>	N=48 pacientes (26 de intervención y 22 de control)	Se realiza una entrevista para evaluar cualitativamente las actitudes y percepciones sobre los cuidados paliativos.	Los pacientes de las clínicas del grupo de intervención reciben una remisión temprana a CP, mientras que los pacientes que acuden a las clínicas del grupo control reciben cuidados estándar de oncología.	<p>Los pacientes del grupo de control no describieron diferencias entre las percepciones de los cuidados paliativos antes y después del ensayo, por el contrario, los pacientes del grupo de intervención desarrollaron una concepción más amplia y positiva de los CP.</p> <p>Aun así, tanto unos como otros hicieron hincapié en reformular el concepto de cuidados paliativos.</p>	A	1a

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Hannon B, et.al. (31) 2016</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Ensayo clínico aleatorio (ECA)</p>	<p>N=48 pacientes oncológicos y N=23 cuidadores</p>	<p>Se realizaron entrevistas para estudiar las opiniones de los pacientes y cuidadores sobre la atención paliativa temprana</p>	<p>De los 48 pacientes, 26 fueron del grupo de intervención y 22 del grupo control y de los 23 cuidadores, 14 entraban dentro del grupo de intervención y 9 en el grupo de control</p>	<p>El grupo de intervención determinó que los CPT permite el manejo oportuno, eficiente y coordinados de las necesidades del paciente, por el contrario, el grupo control expone una serie de barreras para la atención temprana de CP ya que el nombre “cuidados paliativos” se asocia a los cuidados al final de la vida</p>	<p>A</p>	<p>1a</p>

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Kain DA, et.al. (32) 2016</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Revisión sistemática</p>	N=6 estudios científicos	Derivación temprana a los servicios de CP	Se compararon diferentes estudios ECA para determinar la derivación temprana a los servicios de CP en el paciente oncológico	Gran número de los estudios determinó que mejoraba la calidad de vida, disminuía la depresión, mejora del dolor, los síntomas, la ansiedad y reducción de ingresos hospitalarios	B	2a

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Salins N, et.al. (33) 2016</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Estudio transversal no aleatorio descriptivo</p>	<p>N=30 oncólogos, N=60 enfermeras oncológicas y N=60 pacientes</p>	<p>Se realiza una encuesta para conocer la opinión de los oncólogos, enfermeras oncológicas y pacientes sobre el papel de los CPE en el cáncer</p>	<p>En este estudio se comparan los puntos de vista del médico, las enfermeras y los pacientes oncológicos sobre los primero CPE</p>	<p>Tanto los oncólogos, enfermeras oncológicas como pacientes con dolor apreciaron una mejoría en el control de los síntomas (náuseas, vómitos, estreñimiento, disnea e inquietud) tras los CP, mejora la calidad de vida, la comunicación y la continuidad de la atención</p>	<p>B</p>	<p>2c</p>

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Temel JS, et.al. (34) 2017</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Ensayo Clínico Aleatorio</p>	<p>N=350 pacientes (175 con integración temprana de CP y 175 con atención estándar)</p>	<p>Evaluar la repercusión de los CPT en pacientes con cáncer de pulmón y gastrointestinal recién diagnosticados</p>	<p>Los pacientes asignados al grupo de intervención recibieron CP 1 vez al mes hasta la muerte, mientras que los pacientes del grupo control (aquellos que recibían la atención habitual/estándar) consultaban si lo solicitaban a un médico de CP</p>	<p>Los pacientes del grupo de intervención informaron sobre una mejor calidad de vida, una depresión más baja, aunque variaba en función del tipo de cáncer</p>	<p>A</p>	<p>1a</p>

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Kassianos AP, et.al. (22) 2017</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Revisión sistemática y metaanálisis</p>	N=2939 pacientes oncológicos	Evaluar el impacto de los CPE en la calidad de vida del paciente oncológico	Se tuvieron en cuenta un total de 11 estudios (ECA y estudios prospectivos) que incluyeron 2939 pacientes, donde se comparó la calidad de vida con respecto a los CP	Se demostró que los CPE disminuyen el sufrimiento y mejoran la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado y/o metastásico	B	2a

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Ferrell BR, et.al. (35) 2017</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Revisión sistemática y metaanálisis</p>	<p>N=9 estudios ECA, 1 ensayo cuasiexperimental y 5 análisis secundarios de ECA</p>	<p>Determinar la derivación temprana a los servicios de CP de pacientes oncológicos</p>	<p>No hay comparativa</p>	<p>La derivación temprana a los servicios de CP mejora la calidad de vida, alivian los síntomas, los resultados psicológicos, la supervivencia y la satisfacción</p>	<p>B</p>	<p>2a</p>

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Hye Yoo S, et.al. (36) 2018</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Estudio observacional</p>	<p>N= 1.001 pacientes con cáncer y N=1.006 cuidadores</p>	<p>Determinar a través de un cuestionario las actitudes hacia los CPT de pacientes con cáncer y sus cuidadores</p>	<p>Compara los puntos de vista de los pacientes y sus cuidadores sobre la derivación temprana a los servicios de CP</p>	<p>La mayoría de los pacientes y sus cuidadores tuvieron una actitud positiva hacia los CPT, otros determinaron que los CPT podrían ser un obstáculo para el tratamiento del cáncer y hasta qué punto podría ser beneficioso</p>	<p>B</p>	<p>3b</p>

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Preisler M, et.al. (37) 2018</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Cualitativo descriptivo-exploratorio</p>	N=11 pacientes con cáncer y N=9 cuidadores	Se estudian las necesidades de los pacientes con cáncer y sus cuidadores en cada fase de tratamiento a lo largo de la trayectoria del cáncer, a través de entrevistas semiestructuradas	No hay comparativa	Es necesario aumentar la educación sobre los CP y reflexionar sobre las barreras para una atención temprana de estos	C	4

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Gupta N, et.al. (38) 2018</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Estudio prospectivo de cohorte transversal</p>	N=200 pacientes con cáncer avanzado	Se les proporcionó un cuestionario a los pacientes para evaluar sus conocimientos y expectativas de los CP	Compara las diferentes opiniones de los pacientes acerca de los CP	Algunos pacientes pensaron que fueron remitidos a los CP para el tratamiento del dolor, otros para prepararse para la muerte, por lo que la mayoría no conocen bien en que consiste el termino CP	B	2a

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Sarrandon-Eck A, et.al. (39) 2019</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Estudio descriptivo cualitativo</p>	<p>N=13 médicos oncólogos y N=19 médicos de CP</p>	<p>Se les realiza un cuestionario para obtener diferentes puntos de vista sobre la remisión a los CP</p>	<p>No hay comparativa</p>	<p>Tanto los oncólogos como los médicos de CP afirmaron que los CP son considerados por los pacientes como muerte inminente, cuidados al final de la vida.</p> <p>Los oncólogos corroboraron que la palabra “paliativo” tenía una connotación negativa para los pacientes, por lo que habría que modificarla</p>	<p>C</p>	<p>4</p>

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Vanbutsele G, et.al. (40) 2019</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Estudio observacional</p>	N=10 médicos	<p>Se les proporciona un cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Uso de cuidados especializados de CP -Objetivo de tratamiento en la última semana de vida -Razones para no utilizar los servicios de CP 	Se compararon las diferentes visiones de los médicos sobre la derivación de los pacientes oncológicos a los servicios de CP	La derivación temprana a los CP depende el tipo de cáncer	B	3b

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Dimartinoa LD, et.al. (41) 2019</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Revisión sistemática</p>	<p>Pacientes del hospital UNC (Universidad Carolina del Norte) que reciben una consulta de CP</p>	<p>Se realiza un estudio en oncología ginecológica y oncología médica para determinar la derivación a los servicios de CP</p>	<p>Compara el uso de los CP de forma simultánea con el tratamiento estándar del cáncer y aquellos pacientes que únicamente reciben tratamiento estándar</p>	<p>Los CP junto con el tratamiento estándar mejoraban los resultados del paciente</p>	<p>B</p>	<p>2a</p>

Tabla 4: Valoración de parámetros según los artículos incluidos en la revisión bibliográfica. (Continuación).

DATOS ARTÍCULO	PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	GRADO RECOMENDACIÓN (OXFORD)	NIVEL DE EVIDENCIA (OXFORD)
<p>Koesel N, et.al. (42) 2019</p> <p><u>Tipo de diseño:</u> Estudio observacional</p>	<p>Pacientes nuevos con cáncer avanzado remitidos a servicios de CP en dos clínicas diferentes</p>	<p>Evaluar el efecto de las guías clínicas sobre la angustia por síntomas de pacientes con cáncer avanzado</p>	<p>Compara el dolor, la fatiga y la ansiedad tras la primera consulta de CP</p>	<p>Tras la primera visita del paciente a los servicios de CP, el dolor, la ansiedad y la fatiga mejoran significativamente</p>	<p>B</p>	<p>3b</p>

6. DISCUSIÓN

Tras el estudio de los artículos seleccionados para esta revisión, observamos que gran parte corresponden a ensayos clínicos, por lo que podemos determinar que esta revisión presenta un grado elevado de evidencia científica según la escala de OXFORD.

Puesto que en la mayoría de estos ensayos clínicos la muestra analizada supera los 50 pacientes como en el caso de Kassianos et al. (22) (N=2939), Vanbutsele et al. (27) (N=182), Bakitas et al.(28) (N=207), McCorkle et al. (29) (N=146), Zimmermann et al. (30) (N=48) y Temel et al. (34) (N=350), se considera que el grado de validez externo es alto, por tanto se confirma la evidencia científica.

Por otro lado, en esta revisión se han analizado estudios que tienen poca evidencia científica como los estudios de Meffert-Eck et al. (26), Salins et al. (33), Hye Yoo et al. (36), Preisler et al. (37), Gupta et al. (38), Sarrandon et al. (39), Vanbutsele et al. (40) y Koesel et al. (42), por lo que sus resultados no tienen gran validez.

Como hemos mencionado anteriormente, los cuidados paliativos son cuidados multidisciplinarios que se prestan con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la carga sintomática de los pacientes y/o familiares que presentan una enfermedad incurable y limitante de la vida. Estos cuidados tienen un enfoque holístico, en el que se atienden las dimensiones física, psicológica, social y espiritual como indican los autores Meffert et al. (26), Zimmermann et al. (30), Kain et al. (32) y Temel et al. (34). Más específicamente, los cuidados paliativos pretenden mejorar los síntomas físicos y el dolor. Además, pretenden aclarar a los pacientes en qué consiste la enfermedad y cuál es su pronóstico, así como prestar ayuda psicosocial, ya que la gran mayoría presentan estados de ansiedad y depresión. Según los autores Salins et al. (33) y Preisler et al. (37), también permiten establecer las preferencias de los pacientes para el final de la vida. Estos cuidados mejoran la calidad de vida anticipándose, previniendo y tratando el sufrimiento de los pacientes y/o familiares (43).

Tras los resultados podemos observar diferentes puntos de vista de los cuidados paliativos en el paciente oncológico.

Percepción de los pacientes con cáncer y sus cuidadores sobre los CP

En el estudio de Zimmermann C et.al. (30), los pacientes que reciben CP presentan una visión más positiva acerca de estos, por el contrario, los del grupo de control no ven diferencias significativas.

Preisler M et.al. (37), concluyendo tras su estudio que es necesario aumentar la educación sobre los CP y reflexionar sobre las barreras para una atención temprana de estos. Grupa N et.al. (38), observaron había pacientes que pensaban que eran remitidos a los CP para el tratamiento del dolor y otros para prepararse para la muerte. En todos ellos, surgió la idea de reformular el nombre de “cuidados paliativos” puesto que no se entendía bien el concepto (31,36).

Percepción de los médicos y enfermeras oncológicos sobre los CP

Salins N et al. (33), observaron que tanto médicos como enfermeras oncológicas apreciaban una mejoría en los pacientes con cáncer que recibían CP, aliviando los síntomas, la calidad de vida y la comunicación con el paciente. Sarrandon-Eck A et al. (39), tras su estudio los médicos oncólogos y los de CP afirmaron que para los pacientes los CP eran considerados cuidados al final de la vida, cuando ya nada se podía hacer por la enfermedad. Vanbutsele G et al. (40) en su estudio determinaron que la derivación temprana a los servicios de CP dependía del tipo de cáncer, siendo más pronto remitidos todos los cánceres sólidos a diferencia de los cánceres hematológicos.

Los profesionales de la salud también consideraron la opción de cambiar el nombre de “cuidados paliativos” por “cuidados de apoyo”.

Beneficios de la introducción temprana de los CP en el paciente oncológico

En los artículos de Kassianos et al. (22), Meffert et al. (26), Ferrell et al. (31), Kain et al. (37) y Koessel et al. (42), se habla sobre la mejora de la calidad de vida del paciente oncológico con los CPT, un mayor nivel de satisfacción con el tratamiento, una mejora en el dolor, la ansiedad y la fatiga, disminución de la depresión y reducción de los ingresos hospitalarios, por el contrario, Bakitas MA et al. (28), tras su estudio no se observaron diferencias significativas en la calidad de vida, la supervivencia y el estado de ánimo de los pacientes que habían recibido CPT.

Pacientes que reciben atención oncológica estándar más CP tras el diagnóstico

Los artículos de Vanbutsele et al. (27), McCorkle et al. (29) y Dimartino et al. (41), confirman que los resultados del paciente mejoran combinando los cuidados estándar con el CP, dando lugar a una mejora en la calidad de vida del paciente, una disminución de los síntomas físicos y una mejora en el estado de ánimo.

Estudios realizados en pacientes con cáncer de pulmón y gastrointestinal

En el artículo de Temel JS et al. (34), se comprobó que existía una mejor calidad de vida en aquellos pacientes que habían recibido CPT, además de un número de depresiones, aunque esto variaba en función del tipo de cáncer.

En los pacientes de con cáncer de pulmón se observó una mejora en la calidad de vida en el grupo de intervención, pero no en el grupo control, mientras que en los pacientes con cáncer gastrointestinal se observó una mejora de la calidad de vida y el estado de ánimo tanto en el grupo de intervención como en el control.

7. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los artículos de este trabajo de investigación, podemos concluir que:

1. Se ha comprobado que la introducción de los cuidados paliativos tempranos tiene beneficios tanto para el paciente oncológico como sus familiares, ya que mejora su calidad de vida debido a la mejora de la comunicación entre profesional de la salud y paciente por lo que no da pie a confusiones sobre la función de estos cuidados, disminuye la carga sintomática y los estados de ansiedad y depresión, además de mejorar la supervivencia, disminuir los costes en hospitalización y los tratamientos agresivos innecesarios.
2. Se ha visto que, aunque es beneficioso para el paciente, todavía no se aplican los CP de forma temprana debido a una falta de comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, ya que no se explica adecuadamente en qué consisten los CP, por lo que los pacientes piensan que son unos cuidados que se introducen al final de la vida, es decir, cuando ya no hay nada más que hacer por la enfermedad.
3. Por tanto, es necesario que los profesionales de salud estén al día sobre los CP, de esta forma podrán explicar con claridad a sus pacientes en qué consisten estos cuidados y que beneficios proporcionan, además se ha visto que cambiando el nombre de “cuidados paliativos” a “cuidados de apoyo” mejoraría la visión de los pacientes frente a estos cuidados.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. IVO: Instituto Valenciano de Oncología [Sede Web]. Valencia: fundación IVO; c2015 [citado 3 Mar 2019]. Qué es el cáncer. Disponible en: <https://www.ivo.es/tipos-de-cancer/que-es-el-cancer/>.
2. *American Cancer Society* [Sede Web]. *The American Cancer Society*; c2019 [citado 3 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
3. NIH: Instituto Nacional del Cáncer [Sede Web]. EE. UU: Institutos Nacionales de la Salud; c2015 [Citado 3 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>.
4. AECC: Asociación Española Contra el Cáncer [Sede Web]. Madrid: AECC; c2018 [citado 3 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/que-es-cancer/origen>.
5. Selçuk H. Prognostic Factors and Staging Systems in Hepatocellular Carcinoma. Turkey: Experimental and Clinical Transplantation (2017) Suppl 2: 45-49.
6. *Ajcc: American joint committee on cancer* [Sede Web]. Chicago: american joint committee on cancer [citado 3 Mar 2019]. Las etapas del cáncer. Disponible en: <https://cancerstaging.org/CSE/Registrar/Documents/needtoknowspanish.pdf>.
7. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. *CA Cancer J Clin*. 2017 Jan;67(1):7-30.
8. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Sede Web]. Madrid: sociedad española de oncología médica; c2018 [citado 3 Mar 2019]. Las cifras del cáncer en España 2018. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf.
9. Rich JN. Cancer stem cells: master gatekeepers and regulators of cancer growth and metastasis Introduction. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Sep;95(1 Suppl 1): S1.
10. Lagerlund M, Hvidberg L, Hajdarevic S, Fischer Pedersen A, Runesdotter S, Vedsted P, Tishelman C. Awareness of risk factors for cancer: a comparative study of Sweden and Denmark. *BMC Public Health*. 2015 Nov 23; 15:1156.
11. Wu S, Zhu W, Thompson P, Hannun YA. Evaluating intrinsic and non-intrinsic cancer risk factors. *Nat Commun*. 2018 Aug 28;9(1):3490.

12. Macdonald S, Cunningham Y, Patterson C, Robb K, Macleod U, Anker T, Hilton S. Mass media and risk factors for cancer: the under-representation of age. *BMC Public Health*. 2018 Apr 26;18(1):490.
13. Actuar contra el cáncer [Internet]. c2016 [citado 3 Mar 2019]. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer? Disponible en: <http://actuarcontraelcancer.com/cuales-son-los-factores-de-riesgo-para-cancer/>.
14. MedlinePlus: información de salud para usted [Sede Web]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); c2019 [citado 21 Mar 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/lungcancer.html>.
15. Tu cuentas mucho [Sede Web]. Novartis; c2018 [citado 21 Mar 2019]. ¿Conoces los principales síntomas del cáncer de mama? Disponible en: <https://www.tucuentasmucho.com/informacion/conoces-los-principales-sintomas-del-cancer-de-mama/>.
16. Davis LA, Fothergill-Bourbonnais F and McPherson C. The meaning of being an oncology nurse: Investing to make a difference. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2017; 27(1).
17. Torres RM. Atención al paciente oncológico desde la perspectiva de enfermería. Llobet i Vall-Llosera (Barcelona): Fundación Dr. Antonio Esteve; c2010 [citado 21 Mar 2019].
18. Taleghani F, Shahriari M, Alimohammadi N. Empowering nurses in providing palliative care to cancer patients: Action research study. *Indian J Palliat Care* 2018; 24:98-103.
19. Quinn A. Expanding the role of the oncology nurse. *Biomed Imaging Interv J* 2008; 4(3): e34.
20. Cohen MZ, Ferrell BR, Vrabel M, Visovsky C and Schaefer B. What does it mean to be an oncology nurse? Reexamining the life cycle concepts. *Oncol Nurs Forum*. 2010; 37(5):561-70.
21. Kennedy Sheldon L. Oncology Nurses and the Cancer Moonshot 2020. *Clin J Oncol Nurs*. 2016; 20(4):355-6.
22. Kassianos AP, Ioannou M, Koutsantoni M and Charalambous H. The impact of specialized palliative care on cancer patients' health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2017 Sep.
23. Fitch MI, Flidner MC and O'Connor M. Nursing perspectives on palliative care 2015. *Ann Palliat Med* 2015;4(3):150-155.

24. Reina G., Nadia Carolina. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, núm. 17, diciembre, 2010, pp. 18-23.
25. Pavez Ulloa F.J. Agentes físicos superficiales y dolor: Análisis de su eficacia a la luz de la evidencia científica. *Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]*. 2009 Abr [citado 21 Mar 2019]; 16(3): 182-189.
26. Meffert C, Gaertner J, Seibel K, Jors K, Bardenheuer H, Buchheidt D, Mayer-Steinacker R, Viehrig M, Paul C, Stock S, Xander C, Becker G. Early Palliative Care-Health services research and implementation of sustainable changes: the study protocol of the EVI project. *BMC Cancer*. 2015 May 29; 15:443.
27. Vanbutsele G, Van Belle S, De Laat M, Surmont V, Geboes K, Eecloo K, Pardon K, Deliens L. The systematic early integration of palliative care into multidisciplinary oncology care in the hospital setting (IPAC), a randomized controlled trial: the study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2015 Dec 15; 15:554.
28. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, Dionne-Odom JN, Frost J, Dragnev KH, Hegel MT, Azuero A, Ahles TA. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2015 May 1;33(13):1438-45.
29. McCorkle R, Jeon S, Ercolano E, Lazenby M, Reid A, Davies M, Viveiros D, Gettinger S. An Advanced Practice Nurse Coordinated Multidisciplinary Intervention for Patients with Late-Stage Cancer: A Cluster Randomized Trial. *J Palliat Med*. 2015 Nov;18(11):962-9.
30. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Leighl N, Rydall A, Rodin G, Tannock I, Hannon B. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ*. 2016 Jul 12;188(10).
31. Hannon B, Swami N, Pope A, Leighl N, Rodin G, Krzyzanowska M, et al. Early Palliative Care and Its Role in Oncology: A Qualitative Study. *The Oncologist* 2016; 21:1387–1395.
32. Kain DA and Eisenhauer EA. Early integration of palliative care into standard oncology care: evidence and overcoming barriers to implementation. *Current Oncology*. 2016 Dec; 23(6).
33. Salins N, Patra L, Usha Rani MR, Lohitashva SO, Rao R, Ramanjulu R, et al. Integration of early specialist palliative care in cancer care: Survey of oncologists, oncology nurses, and patients. *Indian J Palliat Care* 2016; 22:258-65.

34. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, Back AL, Kamdar M, Jacobsen J, Chittenden EH, Rinaldi SP, Gallagher ER, Eusebio JR, Li Z, Muzikansky A, Ryan DP. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol*. 2017 Mar 10;35(8):834-841.
35. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J. Clin. Oncol*. 2017 Jan; 35(1).
36. Hye Yoo S, Kim M, Ho Yun Y, Keam B, Ae Kim Y, Jung Kim Y, et al. Attitudes toward early palliative care in cancer patients and caregivers: a Korean nationwide survey. *Cancer Medicine* 2018; 7(5):1784–1793.
37. Preisler M, Heuse S, Riemer M, Kendel F and Letsch A. Early integration of palliative cancer care: patients' and caregivers' challenges, treatment preferences, and knowledge of illness and treatment throughout the cancer trajectory. *Support Care Cancer*. 2018; 26:921–931.
38. Gupta N, Kumar V, Garg R, Bharati SJ, Mishra S, Bhatnagar S. Initial perceptions about palliative care in patients with advanced cancer: A prospective cross-sectional audit. *Indian J Palliat Care* 2018; 24:512-6.
39. Sarradon-Eck A, Besle S, Troian J, Capodano G, Mancini J. Understanding the Barriers to Introducing Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Qualitative Study. *J Palliat Med*. 2019 Jan 11.
40. Vanbutsele G, Dellens L, Cocquyt V, Cohens J, Pardon K and Chambaere K. Use and timing of referral to specialized palliative care services for people with cancer: A mortality follow-back study among treating physicians in Belgium. *PLoS One*. 2019 Jan; 14(1): e0210056.
41. Dimartinoa LD, Weiner BJ, Hanson LC, Weinberger M, Birken SA, Reede-Hayes K, et al. The impact of two triggered palliative care consultation approaches on consult implementation in oncology. *Healthcare* 7 (2019) 38–43.
42. Koesel N, Tocchi C, Burke L, Yap T and Harrison A. Symptom Distress: Implementation of Palliative Care Guidelines to Improve Pain, Fatigue, and Anxiety in Patients With Advanced Cancer. *Clin. J. Oncol. Nurs*. 2019 Apr; 23(2):149-155.

43. Corsi DC, Turriziani A, Cavanna L, Morino P, Ribecco AS, Ciaparrone M, et al. Consensus document of the Italian Association of Medical Oncology and the Italian Society of Palliative Care on early palliative care. TJ. 2018 May; 00(0).