

**DILEMAS BIOÉTICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE  
PERSONAS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN FASE  
TERMINAL**

Presentado por:

**VIVIANA Y. CASTELLANOS BARRERO  
MONICA ANDREA PEDREROS MOSQUERA**

Trabajo presentado para optar por el título de:

**ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD JAVERIANA

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
ENFERMERIA ONCOLOGICA  
BOGOTA  
2014**

**DILEMAS BIOÉTICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE  
PERSONAS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN FASE  
TERMINAL**

Presentado por:

**VIVIANA Y. CASTELLANOS BARRERO  
MÓNICA ANDREA PEDREROS**

Asesora Metodológica

**BELKIS ALEJO RIVEROS**  
Magister en Investigación y Docencia Universitaria

Asesores Temáticos

**LUZ STELLA BUENO ROBLES**  
Especialista en Enfermería Oncológica  
Doctora en Enfermería

**JUAN CARLOS DIAZ**

Especialista en Pedagogía para el desarrollo del aprendizaje  
autónomo PHD en educación con énfasis en Pedagogía.

**ANA KARIME GUTIERREZ**  
Especialista en Enfermería Oncológica

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
ESPECIALIZACION DE ENFERMERIA ONCOLOGICA  
BOGOTA  
2014**

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.....	8
1.2. EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA.....	9
1.3. EL PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA (NONMALEFICENCE).....	10
1.4. EL PRINCIPIO DE JUSTICIA.....	12
1.5. DILEMAS BIOÉTICOS EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA .....	13
ANTECEDENTES.....	17
JUSTIFICACIÓN.....	20
2. PROBLEMA.....	22
3. OBJETIVOS.....	22
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	22
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
4. PROPÓSITOS.....	23
5. DESARROLLO METODOLÓGICO.....	24
5.1. BÚSQUEDA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN.....	24
5.2. SELECCIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN.....	25
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	25
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	25
TABLA 1. LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS.....	25
5.3. ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN.....	29
TABLA 2. DILEMAS BIOÉTICOS QUE SE FUNDAMENTAN DENTRO DE LOS PRINCIPIOS DEL PRINCIPIALISMO.....	29
6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	32
6.1. SÍNTOMAS QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN FASE TERMINAL.....	32
6.1.1. ANOREXIA Y CAQUEXIA.....	33
TABLA 3. DILEMAS GENERADOS POR LA ANOREXIA CAQUEXIA.....	34
TABLA NO. 4 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE A LA ANOREXIA Y CAQUEXIA.....	35
6.1.2. ANSIEDAD.....	37

TABLA 5. DILEMAS GENERADOS POR LA ANSIEDAD .....	37
TABLA NO. 6 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE A LA ANSIEDAD .....	38
6.1.3. ESTADOS EMOCIONALES.....	39
TABLA 7 DILEMAS GENERADOS POR LOS ESTADOS EMOCIONALES.....	41
6.1.4. DISNEA .....	43
TABLA 9 DILEMAS GENERADOS POR LA DISNEA.....	45
TABLA NO. 10 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA DISNEA.....	45
6.1.5. INSOMNIO .....	47
TABLA 11. DILEMAS GENERADOS POR EL INSOMNIO .....	47
TABLA NO. 12 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL INSOMNIO.....	48
6.1.6. DOLOR .....	49
TABLA 12 DILEMAS GENERADOS POR EL DOLOR .....	50
TABLA NO. 13 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL DOLOR.....	53
7. CONCLUSIONES .....	56
RECOMENDACIONES .....	57
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	58

## 1. INTRODUCCIÓN

La bioética como nuevo campo de conocimiento surge a partir de la respuesta a los problemas de deshumanización por parte de los profesionales de la salud, ya que cada vez se realizan mayor cantidad de procedimientos hacia las personas con cáncer en fase terminal en los cuales el respeto por la vida es mínimo o nulo. Los avances tecnológicos de la medicina plantean problemas del orden ético, y teniendo en cuenta que en la década de los sesenta se produjo un gran avance en los movimientos por los derechos de las personas y de los consumidores, además la segunda revolución enciclopédica género que la sociedad de consumo llenaran los negocios de revistas y/o diarios con enciclopedias médicas, restando poder al médico en el monopolio exclusivo de los conocimientos sobre el cuerpo humano y de las enfermedades más comunes dentro de la sociedad. (Biassi, 2012)

Todos estos hechos, dan resultado al surgimiento de este campo de conocimiento con el fin de unir las ciencias humanas con las ciencias biológicas, dando origen a una nueva ciencia, que tiene como característica principal la interdisciplinariedad que es la bioética. (Biassi, 2012)

Teniendo en cuenta lo anterior, Potter en 1970 define la bioética como "la ética de la vida en sentido amplio". Así mismo, Reich en 1978 puntualiza que "el objetivo de la bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud". (Fonseca, 2006)

En el libro de Jonsen, Siegler y Winslade, *Clinical Ethics*, se define la bioética clínica como la identificación, el análisis y la resolución de los problemas morales de la atención del paciente (A. R. JONSEN, 2002). En esta descripción aparecen dos puntos importantes que conviene tener en cuenta a la hora de tratar esta disciplina. En primer lugar, se dice que el núcleo alrededor del cual giran los diferentes problemas morales es la relación personal entre el médico y el paciente (BLITON, 2004). En segundo lugar, señala que la identificación y el análisis de dichos problemas morales ha de acabar siempre en una resolución, es decir, que no es posible hacer bioética clínica sin llegar a una decisión (PELLEGRINO E. D., 1988).

En el ámbito clínico, la bioética trata fundamentalmente de las cuestiones morales que surgen a la cabecera del paciente. Fletcher

señala cuatro puntos de los que emanan obligaciones concretas para la enfermera una vez establecida la relación con el paciente que son la confidencialidad, la honestidad en las comunicaciones con relación al diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico; la determinación de la capacidad del sujeto de tomar parte en las decisiones oportunas y la conducción ética del consentimiento informado (J. FLETCHER, 1995).

La bioética parte de la consideración de que los interrogantes éticos son inseparables de los clínicos, de aquellas cuestiones que tienen que ver con el diagnóstico y el tratamiento más adecuado. Esto no significa que la enfermera haya de introducirse en complejas interpretaciones filosóficas, sino que habrá de proponer aquellas posibilidades que consigan de modo más acabado el bien del paciente, sobre todo en relación a su salud. Por tanto, la bioética clínica aparece como mediación entre los sujetos que entran en la relación y el acto médico, ofreciendo algunos principios, valores, consejos para una definición común en la tarea de decidir la decisión médica más adecuada.

La bioética clínica es la relación de la ética y de la medicina para Thomasma la bioética clínica no puede ser solamente una parte de la ética aplicada o una parte de la medicina (THOMASMA, 1978). Por su parte, Pellegrino sostiene que estrictamente hablando la bioética clínica es una rama de la ética biomédica, que a su vez es una parte de la ética general, y ésta una sección de la filosofía (PELLEGRINO C. E.).

Existen diferentes corrientes de pensamiento alrededor del tema de la bioética, uno de ellos es el principialismo americano de acuerdo a los conceptos de Beauchamps & Childress.

La teoría principialista, esto es, basada en principios, está muy extendida entre los profesionales de la salud y la investigación biomédica, siendo objeto de aplicación para fundamentar cualquiera de los ámbitos conflictivos a que nos hemos referido anteriormente cuando hablamos de la bioética. Su origen, como es conocido, se encuentra en la creación por parte del Congreso de los Estados Unidos de una Comisión Nacional encargada de identificar los principios éticos básicos que deberían guiar la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y en biomedicina (1974). En 1978, como resultado final del trabajo de cuatro años, los miembros de la Comisión elaboraron el documento conocido con el nombre de Informe Belmont, que contenía tres principios: el de

autonomía o respeto por las personas, por sus opiniones y elecciones; el de beneficencia, que se traduciría en la obligación de no hacer daño y de extremar los beneficios y minimizar los riesgos; y el de justicia o imparcialidad en la distribución de los riesgos y de los beneficios. Sin embargo, la expresión canónica de los principios se encuentra en el libro escrito en 1979 por Beauchamp y Childress, el primero de los cuales había sido miembro de la Comisión. En ella se aceptaban los tres principios del Informe Belmont, que ahora denominaban autonomía, beneficencia y justicia, si bien añadieron un cuarto, el de no maleficencia, dándoles a todos ellos una formulación suficientemente amplia como para que puedan regir no sólo en la experimentación con seres humanos, sino también en la práctica clínica y asistencial. De acuerdo con la síntesis que efectúa Diego Gracia, los autores entienden que se trata de principios *prima facie*, esto es, que obligan siempre y cuando no entren en conflicto entre sí; en caso de conflicto, los principios se jerarquizan a la vista de la situación concreta; o, dicho de otra forma, no hay reglas previas que den prioridad a un principio sobre otro, y de ahí la necesidad de llegar a un consenso entre todos los implicados, lo que constituye el objeto fundamental de los «comités institucionales de ética».

Entre tanto el principalísimo de Beauchamp y Childress se entiende fundamentalmente como una ética aplicada. La expresión de “ética aplicada” apunta a la dimensión filosófica del discurso bioético, y en ella se destaca sobre todo la filosofía moral y la fundamentación de la normativa; no hay decisión o acción humana a la que se le atribuye un calificativo moral sin justificación de su principio normativo. En este sentido la bioética está estrechamente relacionado con la ética general y se la puede concebir como la aplicación de principios morales generales a un campo específico; en este caso la investigación científica, la medicina y los cuidados de la salud. Suele ser frecuente aquí que se sustituya el término bioética por el de ética biomédica.

Para Warren Reich define el término del “principio” como el modo de valorar la conducta humana a la luz de los recursos últimos de la moralidad y de la ética, del conocimiento y del juicio moral. Mientras que actualmente el sentido predominante es el referido a “principio” como regla o norma de comportamiento, asociado a un modelo concreto de ética aplicada, es decir, los principios bioéticos son entendidos como conceptos generales que sirven como justificación

básica de los diversos principios éticos y evaluaciones de las acciones humanas. Estos principios son:

### **1.1. El principio de autonomía**

Beauchamp y Childress (J. F. CHILDRESS) hablan del sujeto como autónomo aquel cuya autorregulación, siguiendo su significado etimológico, está libre tanto del control y la injerencia de otros, como de limitaciones internas como por ejemplo, el defecto psíquico o la falta de conocimiento de la realidad sobre la que tiene que decidir y la acción autónoma se caracteriza por la intencionalidad, el conocimiento y la ausencia de constricción. (R. GILLON)

El contenido de este principio supone sin duda la mayor novedad de la bioética con respecto a la ética médica clásica, que estuvo siempre centrada sobre la beneficencia y no-maleficencia. Además, se viene utilizado fundamentalmente para resolver las cuestiones entorno al consentimiento informado y al rechazo de determinados servicios sanitarios, tanto en la atención médica habitual como en el ámbito de la investigación.

Para Beauchamp y Childress explican que dicho principio tiene un contenido negativo y otro positivo. En primer lugar, indica que las acciones autónomas no deben ser controladas por otros y en segundo lugar, que se ha de respetar las visiones y los derechos de los individuos mientras sus pensamientos y acciones no sean afectados por otras personas. Ciertamente la autonomía es uno de los valores que debe custodiar y fomentar la sociedad y el sistema de moral. El problema con el principio de autonomía en el ámbito biomédico no está en considerar que la persona ha de ser quien tome las decisiones que conciernen el manejo de su enfermedad. A estas alturas de la historia de la bioética difícilmente se admitirá la posibilidad de imponer un tratamiento a un paciente competente en contra de su voluntad. La complejidad está más bien en la demarcación de los límites de la autonomía, ya que según e pongan en uno u otro lugar las soluciones prácticas de los diversos problemas serán muy diferentes (CHILDRESS).

Para Beauchamp y Childress en este principio *prima facie* y en ocasiones deberá ceder ante otras consideraciones morales que en un caso determinado tomen primacía sobre la elección autónoma del



paciente (BEAUCHAMP). Por ejemplo ante un posible daño para la persona con enfermedad oncológica, o a terceros, o ante la falta de recursos económicos que impida llevar a cabo una determinada elección. Es por ejemplo el caso de un paciente con un carcinoma incurable e inoperable, que pregunta al personal de salud si tiene cáncer. Este responde que está tan sano como diez años atrás. Esta mentira niega al paciente la información que puede necesitar para determinar su curso de acción futuro, por tanto infringe el principio del respeto a la autonomía. Aunque se trata de un punto controvertido, dicha mentira podría ser justificada. (BEAUCHAMP R. R.)

## **1.2. El principio de beneficencia**

Beauchamp y Childress distinguen entre la beneficencia como acto concreto, la benevolencia como virtud, y el principio de beneficencia que indica “la obligación moral de actuar en beneficio de los otros” (BEAUCHAMP R. R., pág. 166). A su vez, distinguen dos elementos dentro del principio: la llamada beneficencia positiva, que se refiere a la obligación de proporcionar un beneficio; y el principio de utilidad, que sería una extensión de la anterior para aquellos casos en los que entran en juego riesgos y beneficios. Y es que muchas de las acciones de beneficencia no están libres de consecuencias negativas. Esto hace necesario que el agente deba realizar una ponderación de beneficios e inconvenientes, con el objeto de conseguir el mejor resultado posible. En todo caso, este principio de utilidad no es el propio de las teorías utilitaristas, donde ocupa la primacía del juicio moral. En este caso se trata de un principio *prima facie* al servicio de la beneficencia (BEAUCHAMP R. R., pág. 167).

Uno de los ejemplos que citan se refiere al personal de la salud que oculta a su paciente la sospecha de una patología grave, tras el resultado de una prueba diagnóstica. La experiencia de otros casos y el conocimiento del enfermo le llevan a la conclusión de que una noticia negativa podría provocarle un estado de estrés y ansiedad, por lo que decide no decirle nada, hasta comprobar el diagnóstico con una segunda prueba (BEAUCHAMP R. R., pág. 189).

En los hospitales son frecuentes las pequeñas acciones de paternalismo fuerte, que normalmente se justifican a través de una serie de condiciones:

- Debe tratarse de un paciente con riesgo de un daño importante, que puede ser prevenido.
- La acción paternalista probablemente evitará dicho daño.
- El beneficio esperado por la acción paternalista supera el riesgo que corre el paciente y adopta la alternativa que limita menos la autonomía del paciente.

A estas condiciones, los autores añaden una quinta, "que la acción paternalista no limite substancialmente la autonomía" (BEAUCHAMP R. R., págs. 186 -187).

Después de tratar las cuestiones de beneficencia a nivel individual el texto pasa a analizar aquellas otras que aparecen en el ámbito de la política sanitaria. Y es aquí donde Beauchamp y Childress introducen el principio de utilidad. Lo consideran una válida herramienta para discriminar entre las intervenciones (EDGAR) que deben proponerse a gran escala ante ciertas patologías, campañas de prevención, etc.; y aquellas otras que no resultan rentables (no solo desde el punto de vista económico sino también en relación a su eficacia clínica). Presentan para ello, tres herramientas que se utilizan cada vez más en el estudio de las políticas en área sanitaria: el análisis coste-efectividad o ACE (*cost-effectiveness analysis*), el análisis coste-beneficio o ACB (*cost-benefit analysis*), y el análisis riesgo-beneficio o ARB (*risk-benefit analysis*).

Mientras que el segundo (ACB) mide criterios puramente económicos, el primero (ACE) utiliza otros elementos como la esperanza de vida, o los años de vida ajustados a la calidad. Ambos tratan de valorar las políticas sanitarias que poseen mayor rendimiento, teniendo en cuenta que los recursos disponibles son limitados, y las intervenciones médicas cada vez más costosas. El tercer instrumento (ARB), hace una valoración del riesgo en relación al beneficio. Este último es el modo que utiliza el órgano federal para el control de alimentos y fármacos (*Food and Drug Administration*) como criterio para decidir el paso de una fase a otra del ensayo clínico de los nuevos productos farmacéuticos.

### **1.3. El principio de no-maleficencia (nonmaleficence)**

Para Beauchamp y Childress presentan el principio de no-maleficencia como *primum non nocere*, es decir "en primer lugar, no hacer daño" (GRACIA). Según, estos autores distinguen entre actuar injustamente

(wronging) y el simple provocar un daño (harming). En algunos casos pueden coincidir los dos conceptos, pero no es necesario que se dé la voluntariedad del primer significado para poder hablar de daño y el segundo contenido se centran en el daño físico, especialmente el dolor, la incapacidad y la muerte (T. L. BEAUCHAMP).

En el ámbito del principio de no-maleficencia se pueden encontrar algunas distinciones que ayudan a valorar los casos en los que no resulta claro si la enfermera debe o no actuar, si ha de continuar con un determinado tratamiento o debe suprimirlo por no acarrear beneficio alguno para el paciente. Son distinciones que han tenido gran influencia en el ámbito de la ética profesional. (DEVETTERE, 1995)

Con respecto a la primera distinción, se sostiene que lo importante no es la acción o la omisión de un determinado tratamiento o maniobra terapéutica. Se trata de averiguar si la circunstancia precisa se tiene o no obligación de actuar. Resulta claro que la carga emocional de la enfermera es mayor cuando desconecta un aparato de mantenimiento vital. La razón está en que en el primer caso, al menos subjetivamente, parece que la muerte del paciente es consecuencia de su acción, mientras que en el segundo sería el resultado de la evolución natural de la patología.

Sin embargo, no es coherente basar las decisiones en una distinción de este tipo. Beauchamp y Childress lamentan que es frecuente encontrar pacientes a los que se escribe en su historia médica la indicación código NR para el caso en que se produzca una parada cardíaca; y que, sin embargo, sin explicar por qué, continúan en protocolos de quimioterapia, cirugía o ingreso en la UCI.

El ejemplo que eligen para mostrar esta tipo incoherencia es "el de un anciano paciente de cáncer, que se encuentra en un estado comatoso sin posibilidad de recuperación, que requiere un tratamiento antibiótico para luchar contra una infección, y una vía intravenosa que le proporciona la hidratación y la nutrición. Al no tener indicaciones anteriores del paciente, ni poder contar con el parecer de familiares, el equipo médico decide señalar el código NR en su historial clí- Nico. Conforme pasan los días, algunos del equipo sugieren quitar todos los tratamientos, incluida la hidratación y nutrición." (DEVETTERE, 1995, págs. 120-123)

#### **1.4. El principio de justicia**

El principio de justicia o de equidad hace referencia a la igualdad de todo ser humano, consistiendo en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Teniendo en cuenta, que este principio busca resolver tanto las cuestiones que se presentan en la práctica médica habitual, como la distribución de los recursos económicos que un estado destina a la salud. (T. L. BEAUCHAMP, pág. 227).

Parten de la concepción aristotélica de justicia: “los iguales deben ser tratados igualmente, y los desiguales deben ser tratados desigualmente”. El problema aparece a la hora de pasar de este principio formal a las formulaciones materiales, ya que se han propuesto distintas alternativas que son (T. L. BEAUCHAMP, pág. 228):

- Dar a cada persona una parte igual.
- Dar a cada persona de acuerdo con la necesidad.
- Dar a cada persona de acuerdo con el esfuerzo.
- Dar a cada persona de acuerdo con la contribución.
- Dar a cada persona de acuerdo con el mérito.
- Dar a cada persona de acuerdo con los intercambios del libre mercado.

Para Beauchamp y Childress estas diversas concepciones se encuentran dentro de la sociedad y son utilizadas de modo diferenciado según las cuestiones que en cada caso se haya que dirimir. Por ejemplo, ante una urgencia médica habrá que dar a todos la misma atención, comenzando por aquellos que corran riesgo vital. Sin embargo, a la hora de adjudicar una plaza en un hospital se deberá tener en cuenta en primer lugar los méritos de cada candidato. En cualquier caso, los autores piensan que un principio de justicia supone poca ayuda mientras no esté integrado en una estructura o teoría moral.

## 1.5. DILEMAS BIOÉTICOS EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

El profesional de enfermería se enfrenta a diferentes dilemas bioéticos que ponen a prueba los conocimientos y las habilidades pero también la ética, la moral y aunque en la mayoría de las situaciones no toma la decisión, sí es quien la ejecuta; por esto, es de gran importancia conocer los dilemas éticos que se presentan los profesionales de enfermería en la toma las decisiones éticas (Dolly Yaneth Padilla\*, 2007).

Teniendo en cuenta, que el dilema se define como aquella situación que refleja posiciones y/o argumentos en conflicto que presenta más de dos alternativas de solución que pueden ser o no satisfactorias. En la labor diaria el profesional de enfermería se encuentra enfrentado a diversos y variados dilemas éticos especialmente cuando el paciente se encuentra en estado terminal. Entre los más frecuentes son: la eutanasia que es la muerte piadosa o muerte por compasión, este dilema se puede encontrar frente a diversas situaciones como son compasión hacia personas que sufren dolor intenso e incontrolable, falta de posibilidades para costear el tratamiento paliativo de diferentes síntomas, insuficiente formación profesional y humana o la propia decisión del enfermo. La eutanasia puede ser activa o pasiva, la primera hace referencia a producir acelerar el fallecimiento de una persona mediante una determinada acción; y la segunda, a omitir una terapia que debe ser aplicada la cual prolongaría la vida del paciente.

**El encarnizamiento terapéutico o distanasía** que hace referencia al empleo de medios extraordinarios a pesar de tener la certeza de que estos no ayudarán a aliviar al enfermo y sólo servirán para prolongar la agonía y retrasar el advenimiento de la muerte por todos los medios posibles.

La **ortotanasia** que hace referencia a la muerte correcta, al debido tiempo, sin abreviaciones ni prolongaciones desproporcionadas, es dejar que la muerte llegue en enfermedades incurables y terminales manejándolas con un tratamiento paliativo al máximo para evitar sufrimientos recurriendo a medidas razonables y dejando de utilizar medios desproporcionados que prolongan la agonía.

Es importante diferenciar la ortotanasia de la eutanasia pasiva, diferenciar los medios terapéuticos proporcionados y

desproporcionados. Los primeros son aquellos que se caracterizan por su abundancia y disponibilidad inmediata, por ser económicos y habituales entre el ejercicio médico, son de carácter temporal y efecto positivo sobre la salud del paciente. Por ejemplo una venoclisis y el aporte de oxígeno, entre otros. Los segundos se caracterizan por demandar equipos de alta tecnología y complejidad, escasos y de excesivo costo los cuales requieren una aplicación permanente y no garantizan la recuperación de la salud.

El conflicto entre dos principios bioéticos cuando dos principios son válidos pero uno contradice el otro. Por ejemplo, la autonomía del paciente en la toma de decisiones y el principio de beneficencia del médico al aplicar un tratamiento. Se presenta en casos donde el paciente no desea continuar el tratamiento pero el personal de salud conoce alguno que podría generar curación.

El conflicto de evidencias cuando se realizan acciones terapéuticas en contra de los deseos del paciente inconsciente por decisión de la familia. Ésta se encuentra en pacientes que presentan enfermedades terminales y ocurre muy frecuentemente en cuidados paliativos pues las decisiones son delegadas a la familia perdiendo el derecho de autonomía que tiene el paciente, pero no se puede intervenir pues legalmente la familia es la directamente responsable de las decisiones.

El conflicto entre la bioética personal y el rol profesional cuando realizamos alguna actividad que va en contra de los principios personales morales y éticos. Se experimenta en las unidades de cuidado intensivo cuando se está en desacuerdo con la aplicación de la eutanasia o del encarnizamiento terapéutico pero lo debemos realizar por orden médica.

El conflicto entre la bioética y la ley *que es el* ejemplo de este conflicto es la eutanasia, pues puede ser ético ayudar a morir a un paciente con una enfermedad en estado terminal por deseo de la familia pero esto no está autorizado por la ley en Colombia. Lo cual a su vez genera otro interrogante ¿cuál es la mejor forma de actuar, lo que permite la ley o lo que para uno es moralmente bueno?

Los dilemas bioéticos se generan por la toma de decisiones sobre los síntomas del paciente oncológico ya que no puede ser controlados con los tratamientos disponibles, aplicados por especialistas, en un

plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento requiere la disminución de la conciencia del paciente.

Sin embargo, los profesionales del área de la salud se ven enfrentados frecuentemente a dilemas bioéticos en el cuidado de pacientes terminales. Algunos ejemplos corresponden a la decisión acerca de la conveniencia de dar a conocer al enfermo su diagnóstico o pronóstico (P). Decir o no la verdad a un paciente puede parecer muy simple, pero en realidad es una decisión muy difícil. La comunicación de la verdad, particularmente cuando se trata de informar "malas noticias", es una situación estresante y difícil para los médicos y para el resto del equipo de salud (ML, 2005). La comprobación habitual es que esta comunicación es temperada de modo tal que, en el mejor de los casos, resulta en una verdad parcial, y en el peor en un cuadro pintado sobre la base de falsedades y omisiones.

La bioética tradicional se ha basado en dos principios fundamentales, "beneficencia" y "no maleficencia", exigidos a los médicos en ejercicio (C, 1996). Estos principios se enfrentan frecuentemente cuando el médico debe entregar información que puede alterar en forma negativa la visión del paciente sobre su situación de salud.

Si bien es cierto que las decisiones que se toman frente a este tipo de pacientes son de carácter médico, también lo es que ellas afectan el quehacer diario de la enfermera, pues es quien las ejecuta; y esto se dificulta aún más cuando las decisiones que se toman van en contra de los principios éticos, morales y religiosos del profesional de enfermería que forma parte del equipo de salud. En este sentido surgen interrogantes como: ¿el profesional de enfermería se encuentra preparado para afrontar estas situaciones?, ¿realmente es parte activa del grupo interdisciplinario que toma estas decisiones o sólo cumple órdenes esté o no de acuerdo?

Hasta hace muy poco tiempo, los modelos para la toma de las decisiones bioéticas no incluían a las enfermeras, pues sólo eran vistas como un subalterno y dependiente, dado que el actuar profesional estaba vinculado al cumplimiento de las indicaciones médicas, de ahí que la mayoría de los problemas morales de la profesión de enfermería estuvieran circunscritos al hecho de que la enfermera hubiera cumplido en forma correcta o incorrecta dichas

indicaciones.

Estas conclusiones demuestran que los profesionales de enfermería tienen un gran desconocimiento de los códigos deontológicos, de los principios y valores de la ética profesional, de los comités de bioética y de cualquier otra organización u organismo que pueda servirles de ayuda en las decisiones conflictivas donde estén en juego.

Además, es importante que enfermería conozca los diferentes modelos éticos que se han ido configurando a lo largo de la historia del pensamiento y del conocimiento humanos, valorándolos como diversas posibilidades de contemplar la realidad existente e intentar aportar soluciones a los dilemas del ser humano. Esto ayudará a interpretar las situaciones desde diversas perspectivas. Por lo tanto, un modelo para la toma de decisiones es un conjunto sistemático de principios que motivan y guían las acciones éticas.

Los modelos en la toma de decisiones éticas invitan a tomar en consideración el mayor número de opciones posibles y evaluar las consecuencias, siempre antes de la elección. Todos los modelos interrelacionan entre sí en sus diferentes etapas, teniendo como base el método científico. En cada una de las etapas, con independencia del modelo, se lleva a cabo con una habilidad concreta, pero es el conjunto de habilidades el que conforma el proceso de toma de decisiones. El método científico conocido consta de cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

Finalmente, cuando la comunicación se da en la relación médico-paciente terminal, el respeto, la veracidad, la confianza y la beneficencia cobran importancia, así como la individualidad del enfermo al que se enfrenta el personal de salud. En esta situación, la meta es la calidad de vida y no alargar la supervivencia ni producir daños innecesarios. Para ello hay que decidir los aspectos que van a ser abordados en el proceso de la información: diagnóstico, tratamiento, pronóstico y/o apoyo. Generan en el paciente cambios por el miedo por esperanza, la incertidumbre por información, la indefensión por percepción de control, la incomunicación por una comunicación adecuada, abierta y honesta no es fácil.



## ANTECEDENTES

Los principios del principalismo tienen gran impacto en el área del cuidado paliativo; esta área se remonta desde la edad media en donde se denominaba “la muerte doméstica”, que consistía en que el paciente terminal invitaba a sus seres queridos a reunirse alrededor de su lecho y realizaba el “rito de la habitación”.

*“Los ritos de la habitación (...) expresan la convicción de la vida del hombre no es un destino individual, sino una cadena del phylum fundamental e ininterrumpido, de continuidad biológica de una familia, que se extiende al género humano entero.”(13)*

Todos participaban de esta particular ceremonia dirigida por quien se encontraba próximo a morir. En esto consistía la “buena muerte”, que ocurría junto a los seres queridos y que era anticipada por el enfermo, pudiendo éste disponer de tiempo para preparar sus asuntos personales, sociales y espirituales.

A lo largo del siglo XX, las necesidades humanas de los pacientes terminales permanecen invisibles debido al avance del progreso científico y técnico de la medicina. En la década de los 60 se realizaron investigaciones por Elisabeth Kubler-Ros sobre el concepto de alivio psicológico de las necesidades del paciente oncológico en fase terminal y la creación de hospitales en el que se atendía a pacientes terminales, sentando las bases de los cuidados paliativos al considerar al enfermo una persona viva.

Actualmente, el patrón demográfico y de morbilidad hace esperar que en los próximos años, el cáncer sea una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En 2008 causó 7,6 millones de defunciones y se prevé que en el 2030 alcance la cifra de 13,1 millones, provocando que más del 80% de las personas con enfermedades oncológicas fallezcan en instituciones sanitarias, siendo por ello necesario el desarrollo de los cuidados paliativos. Además, las personas en situación terminal tienen necesidades específicas que incluyen la correcta valoración y tratamiento de su sintomatología como por ejemplo, el dolor, las náuseas, el estreñimiento y la disnea, el abordaje de los problemas emocionales, la adecuada comunicación del paciente y también, el soporte de la información a la familia. Para todo ello, es necesario que el sistema nacional de salud tenga en cuenta estos aspectos y que se organice para poder hacer frente a estos nuevos retos asistenciales.

Igualmente, el alargamiento de la vida y el respeto a la autonomía de las personas han creado diversos conflictos jurídicos, morales y bioéticos dentro de sus protagonistas como son los pacientes y sus familiares, los profesionales de salud y la sociedad en general. Estos dilemas obedecen a dos ideas básicas, en primer lugar, el derecho de los enfermos a decidir sobre los tratamientos y las opciones clínicas como parte del principio de libertad y autonomía individual, y en segundo lugar, el deber de la sociedad y de los profesionales de intervenir en el proceso de la muerte y en las decisiones asistenciales relacionadas con la misma, como por ejemplo los cuidados paliativos, la eutanasia y el suicidio asistido.

Estas decisiones sanitarias son ahora mucho más complejas y dificultosas que antaño debido a la relevancia del respeto a la autonomía personal y la innovación biotecnológica que se ha convertido en una posibilidad real el alivio del sufrimiento. Actualmente, en la práctica nadie defiende una prolongación dolorosa de la vida o un encarnizamiento terapéutico, y sin embargo hace algunos años éste era mucho más frecuente.

Por lo que cabe resaltar, la relación entre cuidados paliativos y el tema de bioética el cual nace con fuerza académica y social a comienzos de la década del 70. Se desarrolla principalmente en dos líneas de expresión: la bioética angloamericana y la europea. Cada vertiente tiene influencia de tradiciones filosóficas distintas cuyas conceptualizaciones han determinado la forma de fundamentar la bioética y han condicionado en forma diferente el espíritu analítico y crítico de sus sociedades.

Sin embargo, el paciente oncológico en fase terminal es agobiado por el sufrimiento dado que presenta síntomas s. Según Cherny y Portenoy "el término puede aplicarse cuando un síntoma no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para identificar un tratamiento tolerable que no comprometa la conciencia del paciente". Para que esta definición sea operativa necesita que los "intensos esfuerzos" se coloquen en un marco temporal. De otra forma, mantener un paciente en una situación de distrés más allá de un "tiempo razonable". El "tiempo razonable" depende de la situación clínica y del paciente; por ejemplo, en una disnea o un delirium agitado en un paciente agonizante, el "tiempo razonable" puede ser sólo de algunos minutos, pero en un paciente no agonizante puede

ser de horas y de días.

Con el fin, de garantizar el alivio del distrés producido por un síntoma en particular sin disminuir más de lo necesario la conciencia y monitorizar la respuesta a los sedantes, es necesario identificar, la dosis adecuada como la mínima requerida para obtener el efecto farmacológico deseado. Como parte de la intervención de enfermería en la sedación paliativa se destaca la valoración y monitorización de síntomas de ansiedad, la agitación y el nivel de conciencia, así como la administración de la sedación que produce una gran carga emocional, tal como lo describe T. Morita en un estudio multicéntrico con una muestra de 3184 enfermeras en el que el 82% habían utilizado este procedimiento y más del 60% de ellos vivió la situación como una carga seria emocional, donde se admitía el desconocimiento, la creencia de que la sedación adelantaría la muerte, la creencia de que la sedación es igual que la eutanasia.

Además, existen varios estudios internacionales que han caracterizado el tema del cuidado de los pacientes al final de la vida y la respuesta del profesional de Enfermería. Según Hildén & Honkasalo (2006), se analizaron cómo el personal de Enfermería interpreta la autonomía de la persona ante una decisión anticipada al final de la vida. Este estudio concluye que existen tres discursos manejados por los profesionales de la disciplina: el discurso de apoyo, el analista y el práctico. El primero considera a la persona como un ser vulnerable y potencialmente inconsciente de las consecuencias de sus decisiones; el segundo plantea, que la persona puede equivocarse en sus decisiones por las influencias subjetiva, y el último, considera a la persona de manera neutral.

Otra de las investigaciones realizada en Bélgica por Bilsen, Mortier & Deliens (2009) concluye que la mayoría del personal de enfermería acepta diferentes tipos de decisiones al final de la vida; la mayoría también opina que enfermería debe participar activamente en el proceso de la toma de decisiones de los pacientes. Además, se determinó que la religión es uno de los aspectos más influyentes en la posición del personal de enfermería en relación con las decisiones al final de la vida.

## JUSTIFICACIÓN

En los últimos años enfermería ha adquirido un protagonismo especial en la etapa final de la vida a través de los cuidados paliativos, que procuran una mayor calidad de vida a los enfermos con padecimientos crónicos degenerativos, graves, progresivos e incurables.

Además, hoy en día, es cada vez más común considerar que el enfermo terminal debe ser el principal protagonista de sus cuidados. Desde este punto de vista, el trabajo profesional de enfermería consta de procurar a que las personas tengan una mayor calidad de vida en un marco de respeto hacia su decisión; tal planteamiento requiere de un mayor compromiso personal y sobre todo de una mayor preparación del profesional de enfermería en los terrenos asistenciales y humanitarios.

Mientras tanto, se ha producido un rápido crecimiento de los servicios de cuidados paliativos como respuesta a la gran demanda y al creciente interés del sistema de salud, haciéndose necesario actualizar los conocimientos y habilidades de los equipos multidisciplinares que atienden a las personas con enfermedades oncológicas y sus familiares en enfermedades avanzadas.

Los síntomas que presentan las personas con enfermedades oncológicas son importantes en el cuidado del profesional de enfermería que continuamente genera dilemas bioéticos que a veces se cree pueden ser analizados solo con el sentido común o la intuición, pero que los hechos, la reflexión y las dificultades para encontrar el mejor camino en su resolución han mostrado que requieren más que eso, y que en la búsqueda para su resolución, debe ser empleado un consenso, un debate y una reflexión cuya perspectiva apunte a cumplir los principios éticos inherentes a una profesión, cuyo fin es el ser humano en su dignidad como persona. Generalmente, la experiencia muestra que no poseemos una referencia ni tampoco el suficiente entrenamiento para juzgar la calidad bioética de nuestras acciones en el desempeño de la enfermería. Esto no nos resulta tan evidente. Para algunos, el aspecto bioético no es cuestión de análisis y siempre va implícito en el desarrollo de una técnica, para otros, el ámbito de la ética pertenece por definición a la esfera de lo subjetivo, de modo que ni siquiera cabría preguntarse por la existencia de criterios de análisis

objetivos a este nivel. Existe un método que permiten desarrollar las capacidades de razonamiento y toma de decisión en situación de incertidumbre, y que son usados para la resolución de estos complejos problemas.

En resumen, el objetivo principal de este trabajo es describir los dilemas bioéticos desde el enfoque del principialismo, que enfrentan los profesionales de enfermería en la atención a las personas con enfermedad oncológica en fase terminal con síntomas.

La motivación profesional de la temática surge a partir de la experiencia laboral y los dilemas bioéticos generados por los pacientes durante los síntomas generados por su patología, es decir, las personas con enfermedades oncológicas en cuidado paliativo que manifiesten distress y no solo en las necesidades del paciente del mismo sino también en la realización de procedimientos que requiera mitigar el sufrimiento del mismo.

Además, el tratamiento del cáncer involucra tal número de parámetros clínicos y psicosociales que las terapias basadas en un número definido y limitado de aspectos son claramente ilógicas. Cada paciente es único y su evolución clínica casi nunca sigue las directrices de los modelos estadísticos. La compleja e impredecible naturaleza del cáncer convierte a su tratamiento en un delicado equilibrio entre ciencia, experiencia personal, sentido común y juicio clínico.

Y por último, la presente revisión aportará al grupo de investigación conceptualización y práctica del cuidado de enfermería y a la línea de investigación cuidado de la salud a personas con enfermedades crónicas de la facultad de enfermería de Pontificia Universidad Javeriana y así mismo responde a las necesidades de atención del país propuesta en el plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012 – 2021, en el que se propone el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes del cáncer.

## **2. PROBLEMA**

¿Cuáles son los dilemas bioéticos desde el enfoque del principialismo, que enfrentan los profesionales de enfermería en la atención a las personas con enfermedad oncológica en fase terminal? Revisión documental desde 2003 al 2013

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir los dilemas bioéticos desde el enfoque del principialismo, que enfrentan los profesionales de enfermería en la atención a personas con enfermedad oncológica en fase terminal.

### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar y describir los síntomas que presentan las personas con enfermedad oncológica en fase terminal.
- Identificar los dilemas bioéticos presentes en el cuidado durante la atención a las personas con enfermedad oncológica en fase terminal
- Identificar la actuación de enfermería frente al dilema bioético generado por la presencia de síntomas en la persona con enfermedad oncológica en fase terminal.

#### **4. PROPÓSITOS**

- Contribuir a la generación y fortalecimiento de la investigación relacionada con los aspectos bioéticos concernientes a la disciplina de enfermería en su desempeño diario.
- Aportar en la generación de conciencia acerca de elementos que están directa e indirectamente relacionados con las implicaciones bioéticas presentes en el ejercicio diario de la profesión de enfermería.
- Promover el respeto por los principios bioéticos en las personas con enfermedad oncológica en la fase terminal, dado que es un individuo con entendimiento y voluntad, con potencias inherentes a la naturaleza racional, teniendo como objetos lo propios de la verdad y del bien respectivamente y constituyen condición sine qua non de la libertad.

## 5. DESARROLLO METODOLÓGICO

El presente trabajo de revisión documental, se enfoca a identificar los dilemas bioéticos presentes en el cuidado de la salud de las personas en situación de enfermedad oncológica terminal. Para su desarrollo se llevó a cabo en tres pasos: búsqueda, selección y análisis de documentos.

### 5.1. BÚSQUEDA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

La búsqueda de información se realizó a través de las diferentes bases de datos científicas a las cuales se accedió a través de buscadores de la biblioteca de la Pontificia Universidad Javeriana.

Para la búsqueda de la información, se establecieron los siguientes criterios:

- Artículos que describieran dilemas bioéticos de enfermería en pacientes oncológicos.
- Artículos publicados entre el 2003 al 2013
- Las palabras claves utilizadas para la búsqueda fueron:

<b>INGLÉS</b>	Bioethical dilemmas, nursing and oncology patients
<b>ESPAÑOL</b>	Dilemas bioéticos, enfermería y paciente oncológico

- La búsqueda de la información realizo en base de datos especializados como MEDLINE (base de datos de literatura internacional), LILACS (Literatura latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), ESCOS, PUBMED, CUIDEN, SECPAL, PROQUEST y SCIELO.

Se procedió a realizar una revisión minuciosa de la literatura, que permitiera determinar la búsqueda de estudios publicados entre los años 2003 hasta el 2013, en todos los idiomas y se tuvieron en cuenta las siguientes condiciones de inclusión y los resultados de la búsqueda con los criterios descritos, fue un total de artículos 70.



## 5.2. SELECCIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN.

Se realizó la lectura de los 70 artículos y se seleccionaron 32 artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Artículos de investigación o revisión documental.
- Artículos con muestras de pacientes oncológicos en cuidado paliativo y/o en fase terminal.
- Estudios de pacientes oncológicos que presenten síntomas.
- Estudios que planteaban dilemas bioéticos en enfermería y/o toma de decisiones del personal de enfermería.
- Artículos que describían conflicto de principios y acciones éticas en la práctica de enfermería.
- Se incluyen estudios con personas adultas con enfermedad oncológica.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes en fase terminal que no se han oncológicos.
- Estudios no científicos.
- Estudios que no generen dilema bioético en enfermería.
- Estudios de niños con enfermedad oncológica

En la **tabla 1**. Se describen los artículos seleccionados, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

No	TÍTULO DEL ARTICULO	AÑO	AUTOR	PAÍS	IDIOMA	MEDIO DE PUBLICACIÓN
1	Aspectos bioéticos en el manejo del dolor por cáncer	2010	Dra. Tania perez-castañeda jorge	España	Español	<a href="http://www.cbioetica.org/revista/102/102-0914.pdf">Http://www.cbioetica.org/revista/102/102-0914.pdf</a>
2	Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal (2005)	2007	Lic. Miguel alejandro castillo garcet,1 lic. Ana ibis jiménez hernández2 y lic. Imilla torres orue2	Cuba	Español	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=s0864-03192007000200002&amp;lng=es.">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=s0864-03192007000200002&amp;lng=es.</a>
3	El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos	2000	Gustavo g. De simone	España	Español	<a href="http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=s1726-569x2000000100004&amp;lng=es&amp;tln g=es.10.4067/s1726-569x2000000100004.">http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=s1726-569x2000000100004&amp;lng=es&amp;tln g=es.10.4067/s1726-569x2000000100004.</a>
4	Frecuencia y pesquisa de síntomas en pacientes crónicos en fases avanzadas en un hospital clínico. ¿existe concordancia entre pacientes y médicos?	2008	Alejandra palma1, ignacia del rio1a, pilar bonati1b, laura tupper2, luis villarroel3, patricia olivares4c, flavio nervi	Chile	Español	<a href="Http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0034-98872008000500003&amp;script=sci_arttext">Http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0034-98872008000500003&amp;script=sci_arttext</a>

No	TÍTULO DEL ARTICULO	AÑO	AUTOR	PAÍS	IDIOMA	MEDIO DE PUBLICACIÓN
5	El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el servicio de oncología y hematología del hospital de especialidades eugenio espejo. Quito enero – diciembre 2011	2011	Jacqueline bonilla merizalde	Chile	Español	<a href="http://enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/10/bonilla-afrontar-la-muerte-hospital.pdf">Http://enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/10/bonilla-afrontar-la-muerte-hospital.pdf</a>
6	Sedación paliativa en un hospital universitario: experiencia tras la puesta en marcha de un protocolo específico.	2013	J. Boceta osunaa, corresponding author contact information, e-mail the corresponding author, m. Nabal vicuñab, f. Martínez peñalverc, a. Blanco picabiad, m.	España	Español	<a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X12001571">Http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X12001571</a>
7	del sueño en pacientes con cáncer avanzado: prevalencia y factores asociados	2004	Mercadante s, girelli d, casuccio a.	Madrid	Español	<a href="http://www.secpal.com/biblioteca/index.php?acc=verart&amp;idart=341">http://www.secpal.com/biblioteca/index.php?acc=verart&amp;idart=341</a>
8	Aplicación de principios bioéticos por el personal de enfermería en la atención a pacientes oncológicos en la clínica "caja petrolera de salud" en el periodo marzo 2007-marzo 2008	2008	Campero zeballos, carla ximena	Bolivia	Español	<a href="http://200.7.160.67:8080/rddu/bitstream/123456789/3635/1/t-pg-615.pdf">Http://200.7.160.67:8080/rddu/bitstream/123456789/3635/1/t-pg-615.pdf</a>
9	Cuidados paliativos: necesidad humana y obligación ética frente a la atención integral al enfermo terminal	2013	Cardona parra, milton rodas ángel, norfandi berenice losada castaño, maría claudia	Colombia	Español	<a href="http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/1313/1/cuidados_paleativos_etica_rodas_2012.pdf">Http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/1313/1/cuidados_paleativos_etica_rodas_2012.pdf</a>
10	Importancia del apoyo de enfermeros especialistas en salud mental a pacientes oncológicos	2011	Ma carmen yudego bermejo, ana rosa yudego calzada, sandra zaballos carrera	Universidad de burgos	Español	<a href="http://www.anesm.eu/descargas/investigacion%20accesit%20%202013.pdf">Http://www.anesm.eu/descargas/investigacion%20accesit%20%202013.pdf</a>
11	Cuidados paliativos en el paciente respiratorio terminal	2007	C. García polo.	España	Español	<a href="http://www.neumosur.net/files/n_s2007.19.2.a06.pdf">Http://www.neumosur.net/files/n_s2007.19.2.a06.pdf</a>
12	Síndrome depresivo en pacientes cancerosos	2004	Angerl feliz feliz	República dominicana	Español	<a href="http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2004/65/03/rmd-2004-65-03-349-351.pdf">http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2004/65/03/rmd-2004-65-03-349-351.pdf</a>
13	Ideación autolítica al final de la vida en pacientes oncológicos paliativos: a propósito de un caso	2008	Maté, jorge; gonzález-barbotoe, jesús; ibáñez-solaz, maría; martinez-urionabarenetxea, koldo; limonero, joaquim t.; tuca, albert	España	Español	<a href="http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&amp;profile=ehost&amp;scope=site&amp;authType=crawler&amp;jrnl=16967240&amp;an=36117756&amp;h=4niy5ocxnpmevkwui%2bfotwaffqfiuqrrkuq%2bg2o7qipavuisjwkzsa ycfaus0rmpekbygvu1bmvfuq1m8rq%3d%3d&amp;crl=c">Http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&amp;profile=ehost&amp;scope=site&amp;authType=crawler&amp;jrnl=16967240&amp;an=36117756&amp;h=4niy5ocxnpmevkwui%2bfotwaffqfiuqrrkuq%2bg2o7qipavuisjwkzsa ycfaus0rmpekbygvu1bmvfuq1m8rq%3d%3d&amp;crl=c</a>

No	TÍTULO DEL ARTICULO	AÑO	AUTOR	PAÍS	IDIOMA	MEDIO DE PUBLICACIÓN
14	Problemas éticos en cuidados paliativos	2006	Maria clavelin a arce garcia	España	Español	<a href="http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v38nsupl.2a13094779pdf001.pdf">Http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v38nsupl.2a13094779pdf001.pdf</a>
15	Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos	2007	Lic. Nancy y. Rodríguez rodríguez; lic. Yulai ruiz valdésii; lic. Allyn carvajal herreraii	Cuba	Español	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-03192007000400006&amp;script=sci_arttext">Http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-03192007000400006&amp;script=sci_arttext</a>
16	Reanimación cardiopulmonar en el paciente oncológico terminal. Dilemas éticos y bioéticos en enfermería	2007	Lic. Evaldo sardiñas llerenasi; lic. Vivian m. Alvarez pérezii; lic. Armando núñez machadoiii	Cuba	Español	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=s0864-03192007000400007">Http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=s0864-03192007000400007</a>
17	Dilemas éticos y bioéticos en los cuidados paliativos de mayores hospitalizados: vivencia de enfermeras	2012	Juliana bezerra do amaral, maria do rosário de menezes, maria antonia martorell-poveda, simone cardoso passos	España	Español	<a href="http://www.culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/428/851">Http://www.culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/428/851</a>
18	Actuaciones sobre la autonomía, información y participación de los pacientes con cáncer colorrectal en un hospital de día de oncología médica	2010	Cristina grávalos (1), victoria ramos (2), carolina ayllón (1), pedro ruiz (3)recuerdo aranda (1), hernán cortés-funes (1), joaquín martínez (2)	Colombia	Español	<a href="http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/handle/10818/4817">Http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/handle/10818/4817</a>
19	Perfil de diagnósticos de enfermería en un hospital brasileño especializado en cuidados paliativos oncológicos	2013	Marcelle miranda da silva* lidiane orineu esteves** marléa chagas moreira*** jaciene alexandre da	Brazil	Español	<a href="http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&amp;pid=S0717-95532013000100005&amp;lng=es&amp;nrn=iso&amp;tlng=es">http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&amp;pid=S0717-95532013000100005&amp;lng=es&amp;nrn=iso&amp;tlng=es</a>
20	Conocimiento sobre cuidados paliativos al paciente con cáncer en estadio terminal	2009	Dr. José a. Gutiérrez gamazo, dra. Nancy cordero gutiérrez, dra. Miriam marrero salazar, dra. Isis rodríguez jiménez, dra. Martha e. Abascal cabrera, lic. Milayxys méndez rodríguez	Cuba	Español	<a href="http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewfile/258/349">Http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewfile/258/349</a>
21	Características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal.".	2006	Gloria Araneda Pagliotti, Andrea Aparicio Escobar, Pamela Escobar Gatica, Gabriela Huaiquivil Olate, Karim Méndez Astudillo	España	Español	<a href="http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=d0a47e73-d9bd-4ebc-a36a-c021b6cec509%40sessionmgr111&amp;vid=1&amp;hid=119&amp;bdata=jmxhbm c9zxmmc2l0zt1lag9zdc1saxzl#db=a9h&amp;an=23104322">Http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=d0a47e73-d9bd-4ebc-a36a-c021b6cec509%40sessionmgr111&amp;vid=1&amp;hid=119&amp;bdata=jmxhbm c9zxmmc2l0zt1lag9zdc1saxzl#db=a9h&amp;an=23104322</a>
22	Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas	2006	Silvia allende pérez,* paula flores chávez	Mexico	Español	<a href="http://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca001b.pdf">http://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca001b.pdf</a>
23	Encuesta sobre aspectos éticos en nutrición artificial domiciliaria	2007	J. M. Moreno villares*, j. Álvarez hernández**, a. García de lorenzo mateos***	Madrid	Español	<a href="http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n1/original1.pdf">http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n1/original1.pdf</a>

No	TÍTULO DEL ARTICULO	AÑO	AUTOR	PAÍS	IDIOMA	MEDIO DE PUBLICACIÓN
24	Factores relacionados a la calidad del proceso de morir en la persona con cáncer	2010	Maritza espinosa venegas1 olivia sanhueza alvarado2	Chile	Español	<a href="http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_10.pdf">http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_10.pdf</a>
25	Validación de un modelo pronóstico de supervivencia basado en parámetros biológicos para pacientes con cáncer terminal atendidos en ámbito domiciliario	2012	Antonio requena López	España	Español	<a href="Http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X12000304">Http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X12000304</a>
26	¿Se considera la hidratación y la nutrición artificial como un cuidado paliativo?	2006	M.ª a. Valero zanuy, r. Álvarez nido*, p. García rodríguez**, r. Sánchez gonzález*, j. M. Moreno villares y m. León sanz	Madrid	Español	<a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112006000900008&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=pt">http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112006000900008&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=pt</a>
27	Prevalencia de depresión en una población de pacientes con cáncer	2010	Raymundo oliver garcía-fabela	Mexico	Español	<a href="http://zl.elsevier.es/es/revista/gaceta-mexicana-oncologia-305/articulo/prevalencia-depresion-una-poblacion-pacientes-13154387">http://zl.elsevier.es/es/revista/gaceta-mexicana-oncologia-305/articulo/prevalencia-depresion-una-poblacion-pacientes-13154387</a>
28	Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel III	2009	Oncology in level iii hospitals cristina salvadó-hernández, carmen fuentelsaz-gallegob, carmen arcay-veirac	Brazil	Español	<a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109001399">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109001399</a>
29	Atención a las urgencias en pacientes oncológicos terminales	2000	E. López martínez de pinillosa, n. Pérez de lucasb, r. López martínez de pinillosb, p. Martín serranoc, f. Sanz juezb, m.	Madrid	Español	<a href="http://www.semes.org/revista_emergencias/descargar/atencion-a-las-urgencias-en-pacientes-oncologicos-terminales/force_download/english/">http://www.semes.org/revista_emergencias/descargar/atencion-a-las-urgencias-en-pacientes-oncologicos-terminales/force_download/english/</a>
30	Asistencia domiciliaria de urgencia a enfermos paliativos por unidades extrahospitalarias: factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio	2010	María jesús saldaña martínez, fernando veigas ibáñez, natalia cebollero leu	Madrid	Español	<a href="http://www.semes.org/revista_emergencias/descargar/asistencia-domiciliaria-de-urgencia-a-enfermos-paliativos-por-unidades-extrahospitalarias-factores-asociados-a-la-resolucion-de-la-consulta-en-el-domicilio/force_download/english/">http://www.semes.org/revista_emergencias/descargar/asistencia-domiciliaria-de-urgencia-a-enfermos-paliativos-por-unidades-extrahospitalarias-factores-asociados-a-la-resolucion-de-la-consulta-en-el-domicilio/force_download/english/</a>
31	El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales	2008	Mª de los ángeles ruiz-benítez de lugo* y mª cristina coca	Madrid	Español	<a href="http://revistas.ucm.es/index.php/psic/article/view/psic0808130053a/15496">http://revistas.ucm.es/index.php/psic/article/view/psic0808130053a/15496</a>
32	¿Se debe limitar el esfuerzo terapéutico en nutrición artificial?	2003	M.a. Valero zanuy, j.m. Moreno villares, m. León sanz	Madrid	Español	<a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256503713630">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256503713630</a>

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios

### 5.3. ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Para realizar el análisis de los artículos, se utilizó como herramienta la ficha descriptiva analítica en él se registró la información extraída de cada uno de los estudios seleccionados.

Los siguientes aspectos fueron consignados en la ficha descriptiva analítica para cada estudio, cabe aclarar que cada estudio contó con una ficha:

- Datos de identificación: título, autor, año de publicación, lugar, idioma y medio de publicación.
- Información metodológica: tipo de diseño, población y muestra y manejo de datos (técnicas estadísticas empleadas para el análisis).
- Palabras clave del artículo investigativo: se incluyeron para mayor entendimiento de la ficha metodológica, las palabras claves como son dilemas bioéticos, enfermería, paciente oncológico en el idioma original del estudio y en español.
- Aportes del contenido: En esta parte de la ficha descriptiva se describieron detalladamente los resultados obtenidos a partir del estudio de investigación, se destacaron aquellos resultados que apuntan directamente a los objetivos específicos del presente trabajo.
- Conclusiones y recomendaciones: con base en los resultados de cada estudio, se extrajeron y se describieron las razones por las cuales se consideró un estudio valioso teniendo en cuenta los objetivos trazados en la investigación. Se tuvieron en cuenta los puntos de vista de los autores y su comparación con otros estudios.

A continuación, en la tabla 2. Se describen los aspectos más relevantes de los artículos seleccionados, teniendo en cuenta que el tratamiento de los síntomas de la persona con cáncer terminal genera a la enfermera diversos dilemas bioéticos que se fundamentan dentro de los principios del principialismo.

No	MUESTRA	DISEÑO	SINTOMA	DILEMA
1	32	Estado de arte revisión descriptiva	Dolor	¿Cuál es el tipo de tratamiento analgésico que se utiliza en el paciente oncológico? ¿Qué tipos de fármacos se utiliza y según el tipo de dolor? ¿Cuál es la vía de administración de los opioides?
2	80	Estudio descriptivo	Anorexia y caquexia	¿Cuáles son los déficit de conocimientos del personal de enfermería en la administración de la nutrición? ¿Cuáles son los soportes nutricionales que se requieren para los pacientes en la fase terminal?
3	32	Estado del arte revisión de artículos	Dolor	¿Cuál es tipo de tratamiento farmacológico se necesita para el confort del paciente oncológico? ¿Cuáles son las dosis máximas de los opioides? ¿Qué tipo de estrategias utiliza el individuo para disminuir el dolor?
4	58	Estado descriptivo técnica estadística test student	Insomnio	¿Cuáles son los tipos de medicamentos farmacológicos que se utilizan para el insomnio? ¿Cuál es el manejo de insomnio según la patología?
5	10	Descriptivo	Dolor	¿Cuál es el tipo de tratamiento que se utiliza para el control del dolor? ¿Cuáles son los medicamentos se utilizan para el control del dolor? ¿Cuáles son los síntomas objetivos y subjetivos que se valoran para escoger el tratamiento del dolor?
6	90	Estudio descriptivo prospectivo	Ansiedad	¿Cuál es la actuación del paciente en fase terminal en el autocuidado del mismo y en el control de su sintomatología? ¿Cuál es la participación de la persona con enfermedad oncológica dentro de su cuidado? ¿Cuáles son los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para disminuir este síntoma? ¿Cuál es el papel de la familia en el manejo de la ansiedad?
7	127	Estudio descriptivo prospectivo	Insomnio	¿Qué tipo de fármacos son utilizados para el insomnio en las personas con cáncer avanzado? ¿Cuáles son las estrategias no terapéuticas que realizan la familia? ¿Cuáles son los casos donde el individuo se vuelve dependiente de este tipo de medicamentos?
8	10 enfermera 17 auxiliares	Estudio descriptivo	Dolor	¿Cuál son los tipos de sedación que se utilizan con los pacientes en fase terminal? ¿Cuáles son síntomas secundarios que se presentan luego de la administración de la sedación? ¿Cuál es el tipo de sedación es más apropiada para el paciente?
9	18	Estado de arte revisión descriptiva	Dolor	¿Cuál es la toma de decisiones del personal de enfermería tiene sobre la administración de analgésicos en los pacientes oncológicos y en qué momento debe parar su actuación?
10	571	Estudio descriptivo transversal	Estados emocionales	¿Cuáles son los síntomas s que se relacionan entre sí y según su tratamiento apoya a disminuir el mismo? ¿Cuál son las características de la personal con cáncer terminal que se exacerbar el síntoma?
11	170	Estado del arte revisión de artículos	Dolor	¿Cuál son los efectos secundarios presentan en la administración de los medicamentos? ¿Cuáles son los tipos de sedación?
12	26	Estudio prospectivo descriptivo longitudinal y clínico	Estados emocionales	¿Cuáles son los cambios que se generan desde el momento del diagnóstico, tratamiento y resolución de la enfermedad? ¿Cuáles son las características del paciente de acuerdo a su expectativa de vida?
13	1	Caso y controles	Dolor	¿Cuál es la importancia de brindar apoyo a la familia en el control de los síntomas? ¿Cuál es el papel de la familia en el control de los síntomas s?
14	18	Estado del arte	Insomnio	¿Cuáles son los tipos de dolor? ¿Cuál es el tratamiento de elección que se utiliza en el manejo de los síntomas ¿Cuáles son las causas del insomnio?
15	373	Estudio prospectivo descriptivo	Dolor / Insomnio	¿Cuáles son los tipos de trastornos del sueño presenta el paciente con cáncer terminal? ¿Cuáles son las causas del insomnio? ¿Cuáles son las estrategias que se utilizan en el manejo del insomnio?
16	115	Estudio descriptivo longitudinal	Dolor	¿Cuál son los síntomas que exacerben el dolor? ¿cuál es medidas farmacológicas y no farmacológicas en el alivio del dolor?

No	MUESTRA	DISEÑO	SINTOMA	DILEMA
17	10 enfermeras	Estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo	Dolor	¿Cuáles son las razones por del desequilibrio de los síntomas exacerba la totalidad de los mismos?
18	119	Estudio de intervención test-retest	Dolor	¿Cuáles son las necesidades que presenta el paciente con cáncer en la fase terminal? ¿Cuáles son las dudas del paciente y su familia en el manejo de los síntomas? ¿Qué estrategias se utilizan para conocer las necesidades del paciente?
19	56	Estudio transversal y retrospectivo	Dolor	¿Cuáles son las dificultades que presenta el paciente en el manejo sus síntomas? ¿Cuáles son las estrategias que se utilizan con el paciente para el control de los síntomas?
20	347	Estudio prospectivo descriptivo	Dolor	¿Qué tipo de analgésicos se utilizan para el paciente oncológico? ¿Cada cuánto tiempo puedo dar un rescate? ¿Cómo se realiza la titulación? ¿Hasta qué dosis máxima debo dar de analgésico?
21	170	Estudio descriptivo, transeccional, correlacional,	Disnea	¿Cuáles son los diferentes tratamientos para la disnea? ¿Cuáles son los tipos de oxigenoterapia que se emplean en las personas con cáncer terminal? ¿Cuáles son las recomendaciones que debe tener el cuidador a nivel domiciliario en el control de este sintoma.
22	230	Estudio descriptivo retrospectiva	Dolor	¿Cuál son los medicamentos para el dolor? ¿Cómo se los debo dar? ¿Cómo capacito al familiar para generar confort al paciente?
23	62	Estudio descriptivo chi cuadrado	Anorexia y caquexia	¿Hasta dónde debe el personal de la salud respetar los derechos de los pacientes en circunstancias críticas? ¿Cómo se debe colaborar a la persona con cáncer sin sobrepasar la autonomía del mismo? ¿Cuáles son los beneficios de administración de los soportes nutricionales en personas en fase terminal?
24	702	Estudio descriptivo retrospectivo y correlacional	Dolor	¿Cómo valoro la intensidad del dolor? ¿Cuál es la causa? ¿Cuál es el origen? ¿Cuáles de estas funciones esenciales eran cubiertas por ella antes de la enfermedad?, ¿Qué ocurre con las interpretaciones que hace la pareja?
25	80	Estudio analítico, observacional y prospectivo	Caquexia anorexia	¿Cuál es la supervivencia del paciente oncológico en fase terminal en la atención domiciliaria con la administración de la nutrición enteral y parenteral?
26	256	Estudio de campo descriptivo transversal	Anorexia y caquexia	¿Cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en fase terminal? ¿Cómo el personal de enfermería mejoran los cambios de la calidad de vida como individuo, ente que se encuentra en la sociedad? ¿Cuáles son las necesidades que tiene la persona tiene con respecto al aporte energético requerido?
27	22	Estudio descriptivo	Estados emocionales	¿Cuáles son las necesidades emocionales del paciente? ¿Cuál es el pronóstico del paciente según su tipo de neoplasia? ¿Cómo mejoró el bienestar y la calidad de vida del paciente? ¿Cuáles son las necesidades espirituales que busca el paciente para disminuir los cambios comportamentales?
28	236	Estudio descriptivo	Dolor	¿Cuáles son los tipos fármacos utilizados en el control del dolor?
29	228	Estudio descriptivo retrospectiva	Dolor/disnea	¿Cuáles son los tipos de analgesia? ¿Qué tipos de tratamiento farmacológico se administran a los pacientes con cáncer?
30	240	Estudio descriptivo	Disnea	¿Cuál es tipo de manejo tienen los pacientes en fase terminal en atención domiciliaria? ¿Cuáles son los medicamentos que se utilizan en el tratamiento de los síntomas?
31	114	Estudio descriptivo transversal	Estados emocionales	¿Cuáles son las situaciones del paciente que exacerban los síntomas? ¿Qué razones da la familia para ocultar o no el diagnóstico a su familiar? ¿cuál es la situación actual respecto a la información del diagnóstico al paciente con cáncer terminal en el contexto actual?
32	219	Estudio descriptivo transversal	Anorexia y caquexia	¿Cómo mejoro la calidad de vida de los pacientes oncológicos en fase terminal? ¿cómo el personal de enfermería mejoran los cambios de la calidad de vida como individuo, ente que se encuentra en la sociedad? ¿cuáles son las necesidades que tiene el paciente?

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios

## **6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Para este estudio se realizó el proceso de recolección de artículos científicos en la cual se pudo extraer una serie de elementos que constituyen la base del análisis, el cual se nació a partir del reconocimiento de diversas situaciones en el marco del cuidado de enfermería hacia las personas con cáncer terminal y la bioética.

### **6.1. SÍNTOMAS QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN FASE TERMINAL**

El síntoma es aquel que no puede ser controlado adecuadamente con los tratamientos disponibles a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la conciencia de la persona con cáncer. Entre ellos están anorexia, caquexia, disnea, insomnio, dolor crónico y los cambios emocionales del individuo y de su entorno.

En algunas ocasiones el personal de salud se ve enfrentado a situaciones particulares que entorpecen el cuidado directo a estos individuos y es ahí, cuando a la enfermera se genera el dilema bioético ¿cuál es la opción de tratamiento a elegir de acuerdo a la persona con cáncer avanzado que presenta sintomatología?, puesto que ella debe brindar un cuidado con equidad, generando un ámbito de bienestar vital y un trato con calidad.

El cáncer sea asociado durante años a una muerte temible, lenta y dolorosa. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno incurable, desencadena una serie de reacciones en el paciente, la familia, y el personal de salud que afecta directamente a estos individuos, sus mutuas relaciones y sus respectivos papeles. De modo que se necesita conocer algunas nociones básicas que pueden resultar de utilidad a aquellos que, día a día, nos vemos enfrentados a los dilemas éticos que plantea el ejercicio de nuestra profesión.

La falta de comprensión de lo anterior ha llevado en ocasiones la obstinación al tratamiento, con un gran sufrimiento de la persona con cáncer terminal y su familia, y a su razonable rechazo social que sin duda ha contribuido a crear el estado de opinión propicio para que algunos soliciten la limitación del esfuerzo terapéutica. Consecuente con ello, en situación de enfermedad avanzada y terminal es francamente maleficiente permitir el sufrimiento del individuo por e



miedo a que se pueda adelantar la muerte por medio de la administración de medicamentos que buscan el alivio de su sufrimiento.

La responsabilidad moral del equipo de salud recae sobre el proceso de toma de decisiones que adoptan para aliviar el sufrimiento y no tanto sobre el resultado de su intervención en términos de vida o muerte.

### **6.1.1. ANOREXIA Y CAQUEXIA**

La anorexia se presenta con mayor frecuencia en personas oncológicas de fase avanzada y terminal por diversas causas. Para **M.<sup>a</sup> A. Valero Zanuy, (n° 26)** manifiesta que pueden estar relacionadas directamente con la enfermedad la cual puede producir náuseas, vaciamiento gástrico lento, irritación de la boca o de la garganta, la sepsis, el dolor, la fatiga, la deshidratación, el estreñimiento, la hipercalcemia, la hiponatremia, la insuficiencia renal y hepática; deberse a los efectos del tratamiento antitumoral, tanto durante el tratamiento como posterior a este, u obedecer las causas circunstanciales como es el caso del olor de la comida durante la cocción, el exceso de alimentos o la dentadura mal ajustada. Otros factores de este síntoma pueden estar asociados a los estados emocionales como son la ansiedad y la depresión que se encuentran en este tipo de individuos.

**Miguel Alejandro Castillo, (n° 2)** manifiesta que la pérdida de peso es progresiva, no puede explicarse únicamente por la reducción de los alimentos y no revierte pese al aumento de la ingesta de los mismos, ya que parece estar relacionada con la incapacidad para retener las proteínas en el tejido muscular. Todo ello conduce a una astenia grave y, finalmente, a la muerte. El tratamiento frecuentemente incluyen tanto los métodos farmacológicos como no farmacológicos.

En la selección de un esquema farmacológico, deben considerarse aspectos relacionados con la morbilidad previa, como diabetes y riesgo de trombosis, así como la permeabilidad del tubo digestivo, y el estado funcional del paciente. Para **Antonio Requena López, (n° 25)** refiere un modelo de supervivencia basado en parámetros biológicos para los individuos con cáncer terminal atendidos en ámbito domiciliario teniendo como referencia el estadio del tumor y el índice de Karnofsky menor del 50%, se beneficiaran en recibir

esteroides, que con un costo relativamente bajo, y la posibilidad de administración por múltiples vías, han resultado efectivos en el corto plazo.

Sin embargo, el personal de enfermería deben mantener una adecuada relación y en la comunicación con la persona con cáncer y su familia debido a que genera un desconocimiento acerca de la situación de este, para que tengan una mirada realista de los procedimientos que se van realizar en cuanto a la nutrición.

**TABLA 3. DILEMAS GENERADOS POR LA ANOREXIA CAQUEXIA**

No.	PRINCIPIOS	SINTOMA	DILEMA	CAUSAS DEL DILEMA
2	Beneficencia	Anorexia y caquexia	¿Cuáles son los déficit de conocimientos del personal de enfermería en la administración de la nutrición? ¿Cuáles son los soportes nutricionales que se requieren para los pacientes en la fase terminal?	Desconocimiento de los tipos de nutrición del paciente oncológico. Soporte legal y medico en la administración de la nutrición de la persona oncológica. Beneficio de la nutrición en los individuos con cáncer terminal.
23	No maleficencia	Anorexia y caquexia	¿Hasta dónde debe el personal de la salud respetar los derechos de los pacientes en circunstancias críticas? ¿Cómo se debe colaborar a la persona con cáncer sin sobrepasar la autonomía del mismo? ¿Cuáles son los beneficios de administración de los soportes nutricionales en personas en fase terminal?	Desconocimiento de las necesidades básicas nutricionales del paciente. Identificación de los soportes nutricionales. Desconocimiento de las características del tumor según su estado y las estructuras subyacentes afectadas que impidan la ingesta de alimentos.
25	No Maleficencia	Caquexia anorexia	¿Cuál es la supervivencia del paciente oncológico en fase terminal domiciliario con la administración de la nutrición enteral y parenteral?	Dilema de administración de los soportes nutricionales a las personas terminales. Desconocimiento de los diferentes tipos de soportes nutricionales. Desconocimiento de la familia en el manejo de las personas terminales en casa.
26	Beneficencia	Anorexia y caquexia	¿Cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en fase terminal? ¿Cómo el personal de enfermería mejoran los cambios de la calidad de vida como individuo, ente que se encuentra en la sociedad? ¿Cuáles son las necesidades que tiene la persona tiene con respecto al aporte energético requerido?	Desconocimiento de los aportes nutricionales existentes. Déficit de conocimientos en los familiares en el manejo del paciente terminal. Desconocimiento de los principios bioéticos sobre pasando la autonomía del paciente según índice de Karnofsky.
32	Autonomía/ Beneficencia	Anorexia y caquexia	¿Cuáles son los tipos de soportes nutricionales existentes? ¿Cuáles son las características de los pacientes con alto riesgo de presentar anorexia y caquexia? ¿Cuáles son las dificultades de la familia en la administración de los soportes nutricionales?	Desconocimiento de los dispositivos médicos utilizados en soporte nutricional. El dilema en oportunidad de la administración de nutrición y en suspenderlo. Atención nutricional de acuerdo al índice de Karnofsky de la persona en fase terminal.

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios

**M.A. Valero Zanuy & cols, (n° 32)** encuentran dos posiciones en cuanto al inicio de nutrición o retiro de la misma, en la persona con cáncer en fase terminal, puesto que algunos profesionales médicos refieren que la nutrición es un aporte básico que se puede brindar al paciente, pero por otro lado sostienen que el inicio de nutrición, no va a cambiar el desenlace de la enfermedad.

Con relación a la administración de alimentación en personas oncológicas en fase terminal, las discusiones de los autores revisados se centran, básicamente, en la pertinencia o no de los suplementos alimentarios y en el momento del cese del mismo. Las opiniones coinciden en no aconsejar la nutrición parenteral, ya que no conlleva a un aumento de peso ni prolonga la vida.

**J. M. Moreno Villares, (n° 23)** refiere que es frecuente que el trabajador de la salud se enfrenta en la de toma decisiones bioéticas en el marco de su tarea profesional que pueden hacerles sentir incómodo o fuera de lugar. En muchas ocasiones una formación basada en el principialismo es insuficiente puede contribuir a una sensación de "soledad", lo cual se debe reconocer los aspectos bioéticos en determinadas situaciones clínicas. Esto facilita la valoración paso a paso de todos los aspectos significativos.

#### **TABLA No. 4 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE A LA ANOREXIA Y CAQUEXIA**

<b>SÍNTOMA</b>	Anorexia y caquexia
<b>TOTAL ARTÍCULOS</b>	4 artículos
<b>PRINCIPIOS ENFRENTADOS</b>	No Maleficencia/ beneficencia
<b>EN QUÉ CONSISTIÓ EL DILEMA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento de la anorexia y la caquexia.</li> <li>2. Elección de la vía de administración de los suplementos alimentarios o no.</li> <li>3. Utilización de medicamentos que estimulen el apetito o doble efecto.</li> <li>4. Utilización de medicamentos antieméticos o no.</li> <li>5. Rehidratación de la persona o no.</li> </ol>
<b>PRINCIPIO QUE PREVALECIÓ</b>	<u>BENEFICENCIA</u> : La administración de suplementos alimentarios permite ayudar a la persona con cáncer terminal en mantener su calidad de vida
<b>TOMA DE DECISIÓN O INTERVENCIÓN EJECUTADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejar de anorexia y la caquexia con medicación.</li> <li>- Administrar suplementos alimentarios.</li> <li>- Hiperfraccionar los alimentos según la tolerancia de las personas.</li> </ul>

**Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios**

El personal de enfermería debe tener que obtener herramientas para no cometer errores y no sentirse vulnerables y así realizar una adecuada toma de decisiones y que estas mismas sean realistas frente al desenlace de la enfermedad.

Cuando la persona con cáncer en fase terminal se encuentra con anorexia y caquexia la enfermera se ve enfrentada ante un dilema bioético debido a que en muchas ocasiones los familiares refieren que el paciente debe ser alimentado, pero por el deterioro del mismo no solo es difícil sino una opción poco probable, además la administración de nutrición en muchas ocasiones no está indicada para estas personas, puesto que se puede convertir en un riesgo para que el desenlace de la enfermedad tenga un final más rápido por la bronco aspiración. Ante este dilema la enfermera debe explicar adecuadamente a la familia que es lo mejor para la persona, pero siempre respetando las decisiones de la persona con cáncer en fase terminal y a su familia.

La intervención de enfermería se encuentra ante un dilema bioético cuando existe una persona con cáncer en fase terminal que presente como síntoma en este caso la anorexia- caquexia, ya que hay dos principios bioéticos en conflicto los cuales son no maleficencia y beneficencia; como se evidencia en este trabajo.

El conflicto consiste básicamente en el manejo de la nutrición, ya que el personal de enfermería debe tomar la decisión de realizar tratamiento ante la caquexia y la anorexia de la persona con cáncer en fase terminal, y de hacer así, decidir cuál es la manera correcta de hacerlo; para ello la enfermera debe tener bases teóricas que fundamenten tanto sus acciones como la bioética que las respalda, la cual se debe guiar por la obligación de procurar siempre el bienestar de las personas enfermas.

Como se puede evidenciar de la investigación de **Moreno Villares, (n°3)** lo principal es alimentar a la persona con cáncer en fase terminal, mientras tolere la vía oral, teniendo en cuenta siempre las decisiones tomadas por él y su familia.

Por lo anterior se puede concluir que el principio bioético que prevalece es el de beneficencia, el cual da la pauta sobre la administración de suplementos nutricionales para mejorar la calidad de vida, siempre y cuando la enfermera este valorando continuamente a la persona, para disminuir riesgos como la bronco aspiración, y complementando con medicación que mejore el apetito,

y por último hiperfraccionar los alimentos según tolerancia y necesidades específicas de las personas.

### 6.1.2. ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción frente a una situación específica, existen factores desencadenantes como son: el cáncer, su tratamiento, la recidiva, la progresión de la enfermedad o a la cercanía de la muerte y las falsas creencias ante la misma, la suspensión o no del tratamiento.

Así mismo, este síntoma es muy frecuente en estos individuos, por el sufrimiento, la expectativa y el temor intenso ante la muerte. Pero sólo un porcentaje pequeño de sujetos, presentan síntomas ansiosos clínicamente significativos, que llegan a configurar una psicopatología. En el estudio de **María Saldaña, (n° 30)**, encontraron que el 44% de las personas con enfermedad neoplásica describen síntomas de ansiedad, pero sólo el 23% presenta sintomatología significativa. Los síntomas ansiosos pueden presentarse desde el proceso del diagnóstico, durante el tratamiento y en los periodos de recaída. Por otro lado, se relaciona con los periodos donde el estado clínico del individuo se agrava o existe mal pronóstico.

**TABLA 5. DILEMAS GENERADOS POR LA ANSIEDAD**

No.	PRINCIPIOS	SINTOMA	DILEMA	CAUSAS DEL DILEMA
6	Autonomía / Beneficencia	Ansiedad	¿Cuál es la actuación del paciente en fase terminal en el autocuidado del mismo y en el control de su sintomatología? ¿Cuál es la participación del la persona con enfermedad oncológica dentro de su cuidado? ¿Cuáles son los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para disminuir este síntoma? ¿Cuál es el papel de la familia en el manejo de la ansiedad?	Desconocimiento de la familia y los pacientes en el tratamiento y su autocuidado. Desconocimiento del cuidado generando sentimientos de abandono en el paciente oncológico. Desconocimiento del pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida de la persona con cáncer terminal.

**Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios**

Es importante identificar y tratar la ansiedad, por que disminuye la capacidad para tolerar los procedimientos, los tratamientos y los efectos secundarios; los individuos experimentan temor intenso al discutir temas sensibles con el equipo tratante, pueden asumir conductas evitativas que interfieren con la adherencia, y los síntomas

pueden persistir tornándose excesivos, e interferir con la calidad de vida de los mismos. La ansiedad en los pacientes oncológicos puede darse por factores situacionales, como parte de una enfermedad mental de base secundaria a estresores psicosociales, o debido a una causa orgánica. **J. Boceta Osuna, (n°6)** refiere que los síntomas relacionados con la ansiedad son: el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado y esa sensación perdura mientras el estímulo esté presente; se dice que es una amenaza cuando se convierte en un trastorno adaptativo y desproporcional o altera la calidad de vida de la persona.

La ansiedad en el paciente oncológico también se fundamenta sobre el miedo al abandono pues en algunos casos estas personas observan sus familias y ven el desconocimiento sobre los cuidados que se deben tener, y el alto riesgo de cansancio de los cuidadores.

**TABLA No. 6 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE A LA ANSIEDAD**

SÍNTOMA	ANSIEDAD
TOTAL ARTÍCULOS	1 artículo
PRINCIPIOS ENFRENTADOS	Beneficencia/ Autonomía.
EN QUÉ CONSISTIÓ EL DILEMA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento de la ansiedad o doble efecto.</li> <li>2. Utilización de ansiolíticos, antidepresivos, opiáceos y benzodiacepinas o doble efecto.</li> <li>3. Utilización de oxigenoterapia o doble efecto.</li> </ol>
PRINCIPIO QUE PREVALECIÓ	<p><u>BENEFICENCIA:</u> Es la administración de medicamentos que disminuyan la ansiedad del individuo ya que se encuentra relacionado con los otros síntomas</p>
TOMA DE DECISIÓN O INTERVENCIÓN EJECUTADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejar la ansiedad con medicación.</li> <li>- Administrar oxigenoterapia.</li> </ul>

**Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios**

La enfermera se ve enfrentada a un dilema bioético sobre el principio de la autonomía, debido a que la ansiedad es un síntoma que se evidencia en un alto porcentaje de familias y en la misma persona con cáncer en fase terminal. Se incrementa por el desconocimiento sobre los cuidados con estos pacientes y por consiguiente la relación con lo que quiere la persona y su familia se torna difícil de manejar; por ello la enfermera debe tener un adecuado conocimiento sobre el manejo de las diferentes estrategias que se utilizan con estas personas. Las intervenciones que la enfermera debe realizar se fundamentan en el apoyo emocional que

se brinda tanto a la persona como a su familia, con apoyo la participación de varias disciplinas de salud como lo son la psicología o la sociología, entre otras.

La enfermera debe reconocer que la persona con cáncer en fase terminal puede presentar ansiedad como síntoma, ya que esta se relaciona con otros síntomas y con situaciones a las que por su propia enfermedad se ve enfrentado continuamente.

El dilema bioético que se genera con este síntoma en las personas con cáncer en fase terminal es originado por la duda de si se debe o no dar tratamiento, la utilización de oxigenoterapia y administración o no de medicamentos. Se afectan así los principios bioéticos de beneficencia y autonomía.

En conclusión se puede evidenciar que el principio que prevaleció es el de beneficencia, el cual describe que la persona se beneficiará de la administración de medicamentos para disminuir este síntoma, recibir apoyo interdisciplinario y así poder identificar las diferentes causas que generan la ansiedad y brindar a la familia apoyo debido a que la familia también puede colaborar con el manejo del paciente en casa, cuando la ansiedad se presenta con mayor frecuencia.

Al brindar tratamiento para la ansiedad ya sea con medicamentos o con administración de oxigenoterapia, mejoramos la calidad de vida de la persona al final de los días y así mismo también genera sensación de tranquilidad en la familia pues no percibe esa angustia del paciente ante síntomas relacionados como el dolor.

### **6.1.3. ESTADOS EMOCIONALES**

Son estados emocionales se manifiestan por una gran actividad orgánica, que se refleja a veces como un torbellino de comportamientos externos e internos. Para **M<sup>a</sup> Carmen Yudego Bermejo, (n° 10)** conciben el comportamiento que puede ser originado por causas externas e internas; que puede persistir en el tiempo, incluso, una vez que ha desaparecido el estímulo y que acompaña necesariamente, y depende de los antecedentes de la persona, en mayor o menor grado, toda conducta "motivada".

**Ana Rosa Yudego Calzada, (n° 10)** identifica una serie de etapas que vivirá el individuo con cáncer según la evolución de la enfermedad. En estas fases, se pueden manifestar los estados emocionales por diferentes estímulos en su entorno que dependen de

su familia, el desarrollo de la patología y el desenlace de la misma. A continuación se describen cada una:

1. **La ira, la negación, la culpa y la desesperación** son emociones que se encuentran dentro de la **fase de diagnóstico** que es caracterizada por ser un periodo para la persona y la familia, donde la intervención debe estar guiada en la detección de necesidades psicológicas, sociales, espirituales y emocionales; focalizando en los factores que promuevan una actitud de aceptación y movilización de los recursos, tanto internos como externos, en el individuo y su entorno.

2. **La fatiga, el dolor, la depresión, la ansiedad y la fobia** se presentan en la persona con cáncer cuando es sometido a diversos procedimientos, que presentan efectos secundarios y alteran su calidad de vida encontrándose en la **fase de tratamiento**. En este período se deben trabajar diversas estrategias de afrontamiento, que permitan al sujeto y a su familia, adaptarse a las alteraciones que pueden desencadenar los tratamientos, los aparatos e instrumentos quirúrgicos, Sin embargo, si presentan dificultades en la adherencia al tratamiento probablemente generaría abandono del mismo.

3. Las dudas y los temores se incrementan en el individuo y su familia, por la amenaza de volver a presentar la enfermedad, estas emociones se encuentran en la **fase de intervalo libre de la enfermedad**.

4. Las secuelas físicas, sociales y psicológicas que se presentan en la finalización del tratamiento vivido por la persona con cáncer y la familia, se define en la **fase de supervivencia**. Además, la intervención se enfoca el fenómeno de institucionalización del individuo, que trata en la reinserción laboral, a los estudios y a otras actividades de la vida cotidiana del individuo, dependiendo del nuevo estado del sujeto, para que este a su vez no se sienta discapacitado o decepcionado por las secuelas.

5. La **depresión, la ansiedad y los trastornos de adaptación** son las reacciones emocionales presentes en las recidivas neoplásicas se denomina **la fase de recidiva**. Estos trastornos se pueden exacerbar debido a que en la reaparición de la enfermedad la persona al tener se ve enfrentada ante la muerte y estos generan un mayor grado de



ansiedad ya que se él puede pensar sobre el futuro incierto de su entorno.

6. La negación, la rabia, la depresión, el aislamiento, la agresividad y el miedo a la muerte se presentan en la **fase final de la vida**. La intervención va encaminada a la sensibilización de la muerte, la elaboración del duelo, las estrategias de manejo del dolor y de síntomas físicos. La percepción que tenga el individuo, su familia y el cuerpo médico, sobre la enfermedad, la vida y la muerte, alterando la calidad de vida de todos.

### **TABLA 7 DILEMAS GENERADOS POR LOS ESTADOS EMOCIONALES**

No.	PRINCIPIOS	SINTOMA	DILEMA	CAUSAS DEL DILEMA
10	No maleficencia	Estados emocionales	¿Cuáles son los síntomas s que se relacionan entre sí y según su tratamiento apoya a disminuir el mismo?¿cuál son las características de la personal con cáncer terminal que se exacerbar el síntoma?	Desconocimiento de las enfermeras en diferenciar y conocer las diferentes dosificaciones y sus efectos adversos de los medicamentos. No identificar los cambios comportamentales según el índice de funcionalidad del individuo y la calidad de vida del paciente actual.
12	No maleficencia	Estados emocionales	¿Cuáles son los cambios que se generan desde el momento del diagnóstico, tratamiento y resolución de la enfermedad?¿Cuáles son las características del paciente de acuerdo a su expectativa de vida?	Desconocimiento de la administración de medicamentos que modulen los estados emocionales de la persona con cáncer terminal.
27	Beneficencia	Estados emocionales	¿Cuáles son las necesidades emocionales del paciente?¿Cuál es el pronóstico del paciente según su tipo de neoplasia?¿Cómo mejoró el bienestar y la calidad de vida del paciente?¿Cuáles son las necesidades espirituales que busca el paciente para disminuir los cambios comportamentales?	Desconocimiento de técnicas no farmacológicas que disminuyan sus estados emocionales. Déficit de conocimientos de los pacientes en el manejo del distress de los síntomas s.
31	Autonomía	Estados emocionales	¿Cuáles son las situaciones del paciente que exacerban los síntomas s? ¿Qué razones da la familia para ocultar o no el diagnóstico a su familiar?¿cuál es la situación actual respecto a la información del diagnóstico al paciente con cáncer terminal en el contexto actual?	Ambivalente del diagnóstico, el pronóstico y desenlace de la enfermedad. Desconocimiento de la información que se le da a la persona con cáncer terminal y a su familia.

**Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios**

Por consecuente, según **Ángel Félix, (n° 12)** el estado emocional que tiene mayor incidencia es la depresión que corresponde al 46.2% debido a que las personas con cáncer en fase terminal presentan una sensación de vacío de su entorno familiar y se angustian por el desenlace de su enfermedad e impotencia ante el transcurso de la misma, por lo que se sugiere que la enfermera debe realizar un

acompañamiento desde el mismo momento del diagnóstico hasta la muerte y posterior a esta el acompañamiento a los familiares, para lo cual la enfermera debe tener una adecuada relación con la persona y su entorno familiar, facilitando así la expresión de los sentimientos.

**Raymundo Oliver García Fabela, (n°27)** manifiesta que al transcurrir en las fases de la persona con cáncer, a través del diagnóstico, del tratamiento, el seguimiento y la etapa terminal, otros especialistas y recursos humano de salud, se vuelven importantes en el cuidado y control de síntomas conforme progresa la enfermedad. Sin embargo en el escenario oncológico la mayor parte de los individuos no reciben alguna valoración en la esfera mental. La presencia de un cuadro de tipo depresivo puede dificultar el apego al procedimiento médico y aumento en la solicitud de consultas.

**Maunsell** evidencia la importancia de un acompañamiento emocional en las personas con cáncer, resaltando el hecho de que fuese realizado por un profesional en enfermería y de psicología. Esta investigación, fue realizada con pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, evidenciando una supervivencia del 70%, transcurrido siete años después de la cirugía. El mismo individuo, manifiesta la importancia de poder expresarse y trabajar con un profesional sus emociones. (Maunsell E, Brisson J, Deschénes L. Social support and survival among women with breast cancer, 1995 ago 15. )

## **TABLA No. 8 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DE ESTADOS EMOCIONALES**

<b>SÍNTOMA</b>	Estados emocionales
<b>TOTAL ARTÍCULOS</b>	3 artículos
<b>PRINCIPIOS ENFRENTADOS</b>	No Maleficencia/ Autonomía. / Beneficencia
<b>EN QUÉ CONSISTIÓ EL DILEMA</b>	1. Tratamiento de los estados emocionales o doble efecto. 2. La utilización de ansiolíticos y antidepresivos o doble efecto.
<b>PRINCIPIO QUE PREVALECIÓ</b>	<u>NO MALEFICENCIA:</u> Se debe controlar y manejar los estados emocionales de manera subjetiva del individuo y el personal de salud.
<b>TOMA DE DECISIÓN O INTERVENCIÓN EJECUTADA</b>	La utilización de benzodicepinas, betabloqueantes y antidepresivos. Participación de redes de apoyo al individuo y a la familia. Orientación psicoeducativa y rehabilitación de las personas con cáncer en fase avanzada y su familia. Intervenciones conductuales en los síntomas anticipatorios

**Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios**

Igualmente, **Watson** evaluó el estado de ánimo en 578 mujeres, identificando que aquellas con altas puntuaciones en indefensión, desesperanza y depresión, presentaron una tendencia significativa de riesgo de recidiva y de muerte. (Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study., 1999 oct 16)

Por todo lo anterior la enfermera se ve enfrentada a un dilema bioético frente al manejo de la persona con cáncer en fase terminal, en cuanto a los principios bioéticos de no maleficencia, beneficencia y autonomía, ya que debe tener en cuenta sobre las necesidades de la persona en su posible tratamiento y frente a sus estados emocionales para mejorar esa calidad de vida.

La enfermera realiza intervenciones con un equipo interdisciplinario, como apoyo durante el desarrollo de su enfermedad y el apoyo a la familia durante esta, teniendo siempre una comunicación efectiva con la persona, respetando siempre las decisiones de la persona y su familia, generando una participación activa.

Según esta investigación la enfermera ante este dilema, actúa y dirige sus intervenciones de cuidado, según el principio bioético de no maleficencia el cual describe que se debe dar manejo a los cambios de los estados emocionales de los paciente con ayuda de medicamentos, además la enfermera debe brindar apoyo emocional promoviendo a la persona de asistir a redes de apoyo.

#### **6.1.4. DISNEA**

La disnea es una experiencia subjetiva que se origina en la interacción de los factores psicológicos, sociales y ambientales del individuo. Para **María Saldaña, (n° 30)** la incidencia de este síntoma en personas con cáncer en fase avanzada se presenta en un rango de 19 al 90% conforme al declive del estado funcional del sujeto, lo cual contribuye a aumentar la frecuencia y la intensidad de este síntoma. Además depende del tipo de neoplasia siendo más común en dos casos particulares, en primer lugar, tumores de pulmón con o sin metástasis y en segundo lugar, durante la última semana de vida.

En un estudio realizado en la **Universidad de Texas, (2006)** evaluaron a 122 pacientes que consultaron por urgencias, al Centro de Cancer M.D. Anderson, encontrando que la disnea es el cuarto síntoma más común para consultar. La media de edad estos pacientes fue de 58 años. La patología oncológica de base en el 30% fue cáncer de seno, 37% cáncer de pulmón, y 34% otras patologías.

En el estudio de **Mercado en el año 2000** el 94% de los pacientes habían recibido tratamiento para el cáncer, pero la mayoría, (69%), tenían la enfermedad no controlada y en progresión. Este panorama refleja el impacto que tiene la disnea sobre la calidad de vida, y la necesidad de que médicos generales, oncólogos, internistas, y la comunidad médica en general, conozca, y este preparada para atender a estos pacientes.

Se puede presentar a manera de un síntoma constante que no se relaciona con la hipoxemia, la hipercapnia o la taquipnea. Necesariamente depende de la enfermedad crónica de base, que puede ser de origen oncológico y no oncológico, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la falla cardiaca y se relaciona con síntomas concomitantes que son la ansiedad, la depresión, la anorexia, la fatiga, el dolor o generar un síntoma individual se basa en la edad del paciente, el estado emocional y de la experiencia personal de disnea.

En las patologías crónicas, habitualmente la disnea se relaciona con el estado final de la enfermedad y genera un cambio muy importante en la capacidad funcional y la independencia de la persona oncológica. Por lo anterior, afecta de forma muy significativa su calidad de vida y su entorno familiar. En los individuos con cáncer avanzado, se reporta una incidencia del 70%, pero es mayor y más significativa en los momentos finales de la vida, reportándose hasta un 98% en los últimos días, en fase de agonía.

En algunas oportunidades este síntoma se comporta con criterios de refractariedad, haciéndose de difícil el control en la diseminación linfagítica pulmonar, en los derrames pleurales masivos y en el compromiso metastásico masivo de la parénquima pulmonar.

**Andrea Aparicio Escobar (n° 21)** el manejo adecuado de este síntoma permite al individuo y a su familia resolver asuntos emocionales, psicológicos y espirituales. Teniendo en cuenta el abordaje terapéutico de la disnea en este tipo de personas que busca solucionar las causas implicadas en su aparición y tratar las condiciones potencialmente reversibles, analizando las consideraciones bioéticas implicadas.

## **TABLA 9 DILEMAS GENERADOS POR LA DISNEA**

No.	PRINCIPIOS	SINTOMA	DILEMA	CAUSAS DEL DILEMA
21	No maleficencia	Disnea	¿Cuáles son los diferentes tratamientos para la disnea? ¿Cuáles son los tipos de oxigenoterapia que se emplean en las personas con cáncer terminal? ¿Cuáles son las recomendaciones que debe tener el cuidador a nivel domiciliario en el control de este síntoma.	Las consultas de urgencias se encuentran relacionadas en los en un 94 % de disnea ya porque por el desconocimiento del manejo y el tratamiento ambulatorio de los pacientes oncológicos
30	Autonomía	Disnea	¿Cuál es tipo de manejo tienen los pacientes en fase terminal en atención domiciliaria? ¿Cuáles son los medicamentos que se utilizan en el tratamiento de los síntomas s?	Desconocimiento de la familia y el paciente en el control de los síntomas de acuerdo a la información que les brinda los profesionales de la salud

**Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios**

Además, debe considerarse el estadio funcional previo al desarrollo del síntoma y determinarse la necesidad y la justificación de las distintas intervenciones terapéuticas posibles.

## **TABLA No. 10 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA DISNEA**

<b>SÍNTOMA</b>	Disnea
<b>TOTAL ARTÍCULOS</b>	2 artículos
<b>PRINCIPIOS ENFRENTADOS</b>	No Maleficencia/ Autonomía.
<b>EN QUÉ CONSISTIÓ EL DILEMA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento de la disnea o doble efecto.</li> <li>2. La elección de la vía de administración de los medicamentos o doble efecto.</li> <li>3. La utilización de sedantes y benzodiazepinas o doble efecto.</li> <li>4. La utilización de elementos de oxigenoterapia o doble efecto.</li> <li>5. El compromiso tumoral que afecta en la obstrucción de la vía respiratoria.</li> <li>6. Manejo de cirugía paliativa o no.</li> </ol>
<b>PRINCIPIO QUE PREVALECIÓ</b>	<p><b><u>NO MALEFICENCIA:</u></b> Es la administración de medicamentos que disminuyan la disnea del individuo sopesando un riesgo y beneficio, ya que se puede lograr una depresión_respiratoria.</p>
<b>TOMA DE DECISIÓN O INTERVENCIÓN EJECUTADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejar de disnea con medicación.</li> <li>- Administrar oxigenoterapia.</li> <li>- Manejar los prejuicios existentes en el uso de los opioides.</li> <li>- Colocar de la persona en posición semiflower.</li> </ul>

**Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios**

El abordaje terapéutico de este síntoma implica al profesional de enfermería un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, el cual debe tener el propósito de promover la calidad de vida y prevenir los efectos secundarios del procedimiento. Intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas de la persona con cáncer terminal.

En la toma de decisiones en el tratamiento farmacológico de la disnea se evalúa la intencionalidad, la proporcionalidad y la autonomía del paciente. Por lo tanto Los dilemas bioéticos que se ven reflejados en este síntoma son la no maleficencia y la autonomía. En consecuencia se valora el riesgo- beneficio de acuerdo al pronóstico del paciente y la disminución del estrés familiar, mediante el control del distress producido por el síntoma en la persona con cáncer ocasionado en algunos casos un advenimiento prematuro del fallecimiento.

La disnea es el síntoma más frecuente, pero tanto el cuidador como la persona desconocen el manejo del mismo. Las decisiones tomadas y la ansiedad por el tratamiento generan un dilema bioético a la enfermera debido a que se encuentra un conflicto entre dos principios bioéticos son la autonomía y la no maleficencia, debido a que el personal de salud, en especial la enfermera, busca que el paciente disminuya su ansiedad.

Por tanto el personal de salud debe tener en cuenta el pronóstico del paciente antes de seguir alguna pauta y comentar con el equipo de trabajo para la toma de decisiones y la explicación pertinente a la persona y su familia sobre el manejo del mismo.

Se concluye entonces que el personal de salud sigue una pauta generada por el principio de no maleficencia el cual indica brindar los cuidados primordiales para cubrir las necesidades del individuo como son: la colocación de oxigenoterapia según la tolerancia de la persona, la administración de opioides para disminuir esfuerzo respiratorio y facilitar un adecuada posición que le permita un mejor intercambio gaseoso a la persona. La enfermera tiene un papel importante en la educación a la persona y su familia sobre el manejo de la disnea, debido a que debe dejar en claro sobre la administración y los efectos de los opioides y los momentos en los que los pacientes pueden asistir al servicio de urgencias.

### 6.1.5. INSOMNIO

El insomnio es un estado en el cual un individuo experimenta un trastorno en la calidad o cantidad de los patrones del sueño, que le ocasiona malestar generando consecuencias negativas sobre la actividad cotidiana y la calidad de vida de la persona, por lo que una valoración y un tratamiento temprano son prioritarios.

La privación del sueño puede afectar físicamente las personas con cáncer terminal aumentando los síntomas correlacionados como: fatiga, intolerancia al dolor, depresión del sistema inmune, irritabilidad, depresión y anhedonia.

Además, **Mercadante S, (n°7)** es una situación muy frecuente en los pacientes oncológicos. Generalmente, la ansiedad ante la enfermedad y sus tratamientos, son las causas más frecuentes; la mitad de los pacientes pueden presentar alteraciones del patrón de sueño, que persisten en el tiempo, incluso mucho después del tratamiento.

Los factores que favorecen los trastornos del sueño en esta población son: edad avanzada, antecedentes de alteración de este síntoma, tipo de cáncer y estadio, dolor no controlado, efectos secundarios de los tratamientos, estresores hospitalarios y pobre higiene del mismo.

**TABLA 11. DILEMAS GENERADOS POR EL INSOMNIO**

No.	PRINCIPIOS	SINTOMA	DILEMA	CAUSAS DEL DILEMA
4	Maleficencia	Insomnio	¿Cuáles son los tipos de medicamentos farmacológicos que se utilizan para el insomnio? ¿Cuál es el manejo de insomnio según la patología?	Buscar el máximo confort del paciente intentando disminuir todo lo posible el sufrimiento, valoración del paciente objetivo y subjetivo
7	No maleficencia	Insomnio	¿Qué tipo de fármacos son utilizados para el insomnio en las personas con cáncer avanzado? ¿Cuáles son las estrategias terapéuticas que realizan la familia? ¿Cuáles son los casos donde el individuo se vuelve dependiente de este tipo de medicamentos?	Desconocimiento del tipo de tratamiento farmacológico que se utiliza en los pacientes oncológicos, el encarnizamiento moral en el tratamiento del paciente oncológico.
14	Autonomía	Insomnio	¿Cuáles son los tipos de dolor? ¿Cuál es el tratamiento de elección que se utiliza en el manejo de los síntomas? ¿Cuáles son las causas del insomnio?	Desconocimiento de las necesidades del paciente

**Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios**

**María Clavelina Arce García, (n° 14)** el abordaje se realiza principalmente con las medidas de higiene del sueño, que en un gran porcentaje de los casos, son suficientes para mejorar el ritmo del síntoma, y otros se requiere el uso de psicofármacos, las alternativas son los antidepresivos con efecto sedante, y las benzodiazepinas o hipnóticos, no benzodiazepínicos.

A pesar de ello, no se le presta atención suficiente ni por parte de los profesionales de la salud ni por las propias personas enfermas con cáncer, por tal motivo en el artículo de **Alejandra Palma, (n° 4)** ella enfatiza en la valoración de la persona con la escala ESAS. Por medio de la escala se evalúa la presencia e intensidad de nueve síntomas: el dolor, el cansancio, el desánimo, el nerviosismo, la somnolencia, la dificultad para respirar, la falta de apetito e insomnio.

En esta investigación se realizó con una muestra de 58 pacientes y reportó que en el 73,3% correspondían a insomnio de los cuales el 28,9% es de sintomatología leve y el resto presentaron signos de severidad. Por esta razón, las urgencias oncológicas de este síntoma corresponden al 12% ya que se exacerban por el desconocimiento en el manejo y control del mismo.

### **TABLA No. 12 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL INSOMNIO**

<b>SÍNTOMA</b>	Insomnio
<b>TOTAL ARTÍCULOS</b>	4 artículos
<b>PRINCIPIOS ENFRENTADOS</b>	No Maleficencia/ Autonomía.
<b>EN QUÉ CONSISTIÓ EL DILEMA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento del insomnio o doble efecto.</li> <li>2. Interacción de los fármacos o doble efecto.</li> <li>3. La elección de la vía de administración de los medicamentos.</li> <li>4. La utilización de antidepresivos, ansiolíticos, sedantes y benzodiazepinas o doble efecto.</li> </ol>
<b>PRINCIPIO QUE PREVALECIÓ</b>	<p><u>NO MALECIFICENCIA:</u>            No exceder las dosis máximas de benzodiazepinas y sedantes de acuerdo a los protocolos que recogen las exigencias de una buena práctica clínica generando beneficios a la persona con cáncer avanzado.</p>
<b>TOMA DE DECISIÓN O INTERVENCIÓN EJECUTADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La utilización de mecanismos terapéuticos y no farmacológicos.</li> <li>- Conocimiento de la farmacología de los principales grupos de medicamentos en el control de este síntoma.</li> <li>- Seguimiento en los esquema de individualización el individuo y el de su familia por el insomnio</li> <li>- Utilización de benzodiazepinas a largo plazo.</li> </ul>

**Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios**



Los dilemas bioéticos que se ven reflejados en este síntoma son la no maleficencia y la autonomía, ya que se valora la calidad de sueño de la persona y la administración de medicamentos que disminuyen el estrés del insomnio.

El insomnio en la persona con cáncer en fase terminal es generado por el estrés y el curso de su enfermedad, por lo que la enfermera debe obtener una adecuada comunicación con la persona y su familia para poder realizar un tratamiento adecuado en conjunto con el personal de salud a cargo.

Por tal motivo se puede identificar un dilema bioético entre autonomía y no maleficencia, debido a que se encuentra una contradicción en si se realiza manejo o no a este síntoma.

Pero como se puede evidenciar en esta investigación la enfermera opta por seguir el patrón brindado por el principio de no maleficencia el cual refiere que se debe brindar tratamiento a la persona mediante medicamentos como los son las benzodiazepinas y brindar educación a la familia sobre el uso de las mismas y los efectos a largo plazo del medicamento. Y cómo manejar en conjunto con otras especialidades el estrés presentado por la persona y su familia.

#### **6.1.6. DOLOR**

El dolor para **Tania Pérez & cols, (n°1)** es el síntoma más persistente en la persona oncológica, cuando este no es aliviado puede convertirse en el centro de su vida, bloquear su relación con los demás y amenazar seriamente su existencia.

La correcta evaluación del dolor de la persona con cáncer es de importancia, ya que, la impericia puede resultar en un tratamiento inadecuado. Sólo un análisis cuidadoso de los diferentes elementos y el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinario, ayudarán a formular un plan de tratamiento que cambie significativamente la situación real de estos enfermos y mejore su calidad de vida.

**Gustavo G. De Simone, (n°3)** define que el alivio del dolor es un derecho del paciente, el personal de salud tiene el deber bioético y la obligación moral de intentar de resolver de acuerdo a los recursos disponibles y con los conocimientos adecuados. Para esto, debe estar bien entrenado el grupo de salud en el manejo de los métodos de analgesia e individualizar la terapia según la situación del individuo.

La correcta valoración y la aplicación en la práctica profesional de los principios esenciales de la bioética contribuyen a evitar que los dilemas se presenten al abordar el tratamiento del dolor y a lograr una relación más humana y dignificante con las personas con cáncer.

Además, **Jacqueline Bonilla Merizalde, (N°5)** los pacientes y sus familiares asocian el uso de opioides a la etapa final de la enfermedad: piensan que su prescripción indica que la persona está muriendo. Con frecuencia esta afirmación es cierta, pero sólo en el contexto de que generalmente el individuo que presenta cáncer se le concede este beneficio cuando es un moribundo.

**TABLA 12 DILEMAS GENERADOS POR EL DOLOR**

No.	PRINCIPIOS	SINTOMA	DILEMA	CAUSAS DEL DILEMA
1	Maleficencia	Dolor	<p>¿Cuál es el tipo de tratamiento analgésico que se utiliza en el paciente oncológico?</p> <p>¿Qué tipos de fármacos se utiliza y según el tipo de dolor?</p> <p>¿Cuál es la vía de administración de los opioides?</p>	<p>Desconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos del dolor oncológico</p> <p>Desconocimiento de la farmacología de los principales grupos farmacológicos empleados</p> <p>empleo de dosis insuficientes de fármacos</p> <p>seguimiento de esquemas rígidos no individualiza</p>
3	Maleficencia	Dolor	<p>¿Cuál es tipo de tratamiento farmacológico se necesita para el confort del paciente oncológico?</p> <p>¿Cuáles son las dosis máximas de los opioides?</p> <p>¿Qué tipo de estrategias utiliza el individuo para disminuir el dolor?</p>	<p>La dualidad de la preservación de la vida y el alivio del sufrimiento, la demanda por necesidad, la deshumanización de la atención</p>
5	Maleficencia	Dolor	<p>¿Cuál es el tipo de tratamiento que se utiliza para el control del dolor?</p> <p>¿Cuáles son los medicamentos se utilizan para el control del dolor?</p> <p>¿Cuáles son los síntomas objetivos y subjetivos que se valoran para escoger el tratamiento del dolor?</p>	<p>Diseñar nuevos modelos de asistenciales dentro de los hospitales que le permiten el manejo y control del dolor de los pacientes oncológicos</p>
8	No maleficencia	Dolor	<p>¿Cuál son los tipos de sedación que se utilizan con los pacientes en fase terminal?</p> <p>¿Cuáles son síntomas secundarios que se presentan luego de la administración de la sedación?</p> <p>¿Cuál es el tipo de sedación es más apropiada para el paciente?</p>	<p>Desconocimientos de los tipos de sedación en los pacientes oncológicos</p>
9	No maleficencia	Dolor	<p>¿Cuál es la toma de decisiones del personal de enfermería tiene sobre la administración de analgésicos en los pacientes oncológicos y en qué momento debe parar su actuación?</p>	<p>El personal de enfermería debe tener un adecuado conocimiento acerca del tratamiento al paciente oncológico en fase terminal, teniendo en cuenta tanto al paciente como a su familia desde una visión psicológica.</p>
11	No maleficencia	Dolor	<p>¿Cuál son los efectos secundarios presentan en la administración de los medicamentos?</p> <p>¿Cuáles son los tipos de sedación?</p>	<p>Las enfermeras deben diferenciar y conocer las diferentes dosificaciones y sus efectos adversos de los medicamentos</p>

No.	PRINCIPIOS	SINTOMA	DILEMA	CAUSAS DEL DILEMA
13	No maleficencia	Dolor	¿Cuál es la importancia de brindar apoyo a la familia en el control de los síntomas? ¿Cuál es el papel de la familia en el control de los síntomas?	Cuál es la importancia de brindar apoyo a la familiar y el paciente durante su fase terminal.
15	Beneficencia	Dolor	¿Cuáles son los tipos de trastornos del sueño presenta el paciente con cáncer terminal? ¿Cuáles son las causas del insomnio? ¿Cuáles son las estrategias que se utilizan en el manejo del insomnio?	La administración de benzodiazepinas, tipos de trastorno de sueño, etapas del diagnóstico
16	Beneficencia	Dolor	¿Cuál son los síntomas que exacerben el dolor? ¿cuál es medidas farmacológicas y no farmacológicas en el alivio del dolor?	Los cuidados paliativos, donde el criterio del éxito no se mide por la intensificación del tratamiento terapéutico para evitar la muerte, sino por concebirla como un final inevitable que deberá enfrentarse con el menor sufrimiento posible
17	Justicia	Dolor	¿Cuáles son las razones por del desequilibrio de los síntomas s exacerbada la totalidad de los mismos?	El cuidado de enfermería se basa en los principios bioéticos generando calidad de vida del paciente y de su familia.
18	No maleficencia	Dolor	¿Cuáles son las necesidades que presenta el paciente con cáncer en la fase terminal? ¿Cuáles son las dudas del paciente y su familia en el manejo de los síntomas s? ¿Qué estrategias se utilizan para conocer las necesidades del paciente?	Crear una cultura en la población acerca de los cuidados del paciente oncológico en fase terminal.
19	Justicia	Dolor	¿Cuáles son las dificultades que presenta el paciente en el manejo sus síntomas? ¿Cuáles son las estrategias que se utilizan con el paciente para el control de los síntomas?	A preparación del equipo básico de salud para enfrentar los temores del propio paciente y de sus familiares
20	Beneficencia	Dolor	¿Qué tipo de analgésicos se utilizan para el paciente oncológico? ¿Cada cuánto tiempo puedo dar un rescate? ¿Cómo se realiza la titulación? ¿Hasta qué dosis máxima debo dar de analgésico?	Las enfermeras vivencian algunos dilemas éticos y bioéticos, conflictos de valores y contradicciones, pues es imposible dissociar los aspectos históricos y culturales del cotidiano de los profesionales de salud. Sin embargo, la profundización teórica sobre la temática contribuirá para la plena implantación de los cuidados paliativos, promoviendo una transformación de la visión cultural sobre el proceso de muerte y morir.
22	Justicia	Dolor	¿Cuál son los medicamentos para el dolor? ¿Cómo se los debo dar? ¿Cómo capacito al familiar para generar confort al paciente?	La falta de información y conocimiento genera comportamientos y toma de decisiones en el momento de encontrarse con el paciente en su fase agónica.
24	Justicia	Dolor	¿Cómo valoro la intensidad del dolor? ¿Cuál es la causa? ¿Cuál es el origen? ¿Cuáles de estas funciones esenciales eran cubiertas por ella antes de la enfermedad?, ¿Qué ocurre con las interpretaciones que hace la pareja?	Buscar el máximo el confort del paciente intentando disminuir todo lo posible el sufrimiento.
28	Beneficencia	Dolor	¿Cuáles son los tipos fármacos utilizados en el control del dolor?	Desconocimiento de las enfermeras del tratamiento y el manejo farmacológico
29	Justicia	Dolor /disnea	¿Cuáles son los tipos de analgesia? ¿Qué tipos de tratamiento farmacológico se administran a los pacientes con cáncer?	Desconocimiento por parte de familiares y profesionales del manejo de los analgésicos.

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios

Los efectos adversos más temidos son la depresión respiratoria o la falla cardiaca. Sin embargo, la morfina no es peligrosa si se ajusta la dosis de forma individualizada y con la seguridad de que el dolor que estamos tratando es sensible al analgésico. Muchos autores señalan que generalmente los opioides alargan el tiempo de vida al paciente: evidencias circunstanciales sugieren que el uso correcto de la morfina prolonga la vida del paciente con cáncer en la medida en que se ve libre del dolor, en mejor situación para descansar, dormir, comer y estar más activo.

El dolor es un síntoma de difícil manejo y que se presenta en la etapa final de la vida en las personas con cáncer en fase terminal, pero en consecuencia del dolor se pueden desencadenar otros síntomas como lo son: la depresión, la anorexia, insomnio y disnea.

El momento de brindar tratamiento al dolor se puede mejorar los demás síntomas en cierto porcentaje pues estos síntomas también se ven relacionados con el tipo de tumor, progresión de la enfermedad y metástasis.

El dolor puede generar depresión debido a que la persona con cáncer en fase terminal tiene cambios en el estado emocional y por tal motivo al no ser de fácil manejo el dolor, la persona presenta depresión pues se siente impotente al desarrollo de su enfermedad.

En algunas ocasiones el dolor puede genera anorexia pues la persona prefiere que se le administren medicamentos como midazolam o morfina en altas dosis, prefiriendo así estar tranquilo y dormido, evitando así comidas por lo que se evidencia el desplome nutricional lo cual conlleva a una caquexia marcada.

En cuanto a la disnea esta se puede producir como consecuencia de metástasis generando así una disminución de la expansión torácica o en su defecto por la administración del manejo con opioides los cuales son los de elección para el manejo del dolor. Por consiguiente durante el manejo de opioides siempre se debe tener una monitorización periódica de la parte respiratoria de la persona en fase terminal.

Los principales dilemas bioéticos en el manejo del dolor por cáncer son el tratamiento del dolor, la utilización de fármacos opioides, la elección de la vía administración de opioides y la capacidad

profesional para manejar adecuadamente el síndrome doloroso. Debido al desconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos del dolor oncológico, el desconocimiento de la farmacología de los principales grupos farmacológicos empleados, el empleo de dosis insuficientes de fármacos, el seguimiento de esquemas rígidos no individualizados, los prejuicios relacionados con el uso de opioides a largo plazo asociado a la presión familiar y negación del uso de estos, las restricciones legales para el uso de opioides, la falta de disponibilidad de formas de presentación poco invasivas y el alto costo de las nuevas presentaciones farmacológicas y de las tecnologías avanzadas.

**TABLA No. 13 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL DOLOR**

<b>SÍNTOMA</b>	DOLOR
<b>TOTAL ARTÍCULOS</b>	19 artículos
<b>PRINCIPIOS ENFRENTADOS</b>	No Maleficencia/ Autonomía.
<b>EN QUÉ CONSISTIÓ EL DILEMA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tratar el dolor o doble efecto</li> <li>2) Utilizar opiáceos o doble efecto</li> <li>3) Elección de la vía de administración de opioides.</li> <li>4) Los profesionales están o no están capacitados para manejar síndromes dolorosos.</li> </ol>
<b>PRINCIPIO QUE PREVALECIÓ</b>	<u>BENEFICENCIA</u> : Se debe aliviar el sufrimiento, es imperativo que los profesionales generen habilidad para reconocer las manifestaciones del dolor y así manejarlas
<b>TOMA DE DECISIÓN O INTERVENCIÓN EJECUTADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo del dolor oncológico con medicación y dosis de rescate.</li> <li>-Flexibilizar esquemas rígidos para manejo del dolor individualizando dosis.</li> <li>- Manejar los prejuicios existentes en el uso de los opioides a largo plazo.</li> <li>Disponer de formas invasivas y no invasivas para la administración de los opioides</li> </ul>

**Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios**

En lo referido a la posible toma de conciencia que pueden ocasionar, también temida por pacientes y familiares, se puede decir que, en términos generales, existe la obligación ética de no privar de la conciencia de sí mismo a un enfermo sin verdadera necesidad. Sin embargo, cuando se pretende la supresión de la sensación dolorosa, por el grado de afectación que provoca, debe instaurarse tratamiento, aunque la narcosis lleve consigo una supresión o disminución de la

conciencia. A veces se pueden utilizar pautas de sedación en las que exista la capacidad de despertar y llevar o seguir una conversación consciente.

**Cara Ximena Campero, (n° 8)** este dilema se presenta ante la imposibilidad de responder eficientemente a los principios cardinales de la bioética. No se puede ser benéfico si no se es capaz de actuar aliviando el dolor porque no se tiene una formación teórico-práctica rigurosa y actualizada para el ejercicio profesional. Se es maleficio cuando, en lugar de abstenerse de realizar acciones que puedan perjudicar a los pacientes, más bien se abstiene de aliviar el dolor al no proveer tratamiento o hacerlo de forma inadecuada.

**Para Norfandi Berenice, (n°9)** tampoco se respeta la autonomía del paciente si se considera en primer término que éste no la posee o está disminuida a causa de su enfermedad y no se toman en cuenta sus opiniones y deseos y se le ocultan los detalles de su condición olvidando que las preferencias y los valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético. Por último, no se actúa con justicia y equidad, si se considera que en estos pacientes ya no queda nada por hacer y no se disponen los recursos necesarios para aliviar su sufrimiento, del mismo modo que se haría con otro tipo de enfermo.

La ausencia de programas para el estudio del dolor durante la formación académica del profesional de la salud, es la causa que genera este dilema. Posteriormente, en el desarrollo de especialidades clínicas o quirúrgicas que incluyen la patología oncológica dentro de sus temas de estudios, el manejo del dolor vuelve a ser mínimamente esbozado.

El dolor es el síntoma más común en las personas con cáncer en fase terminal y a su vez es el síntoma que más dilema bioético contiene, por ende existen dos principios bioéticos en discusión los cuales son la beneficencia y la justicia como se evidencia en el cuadro anterior.

El dilema se genera en primera instancia en el dar o no tratamiento y si se ofrece tratamiento cual es el medicamento indicado y cuál es la vía adecuada de administración, siempre respetando las ordenes medicas sobre la administración de medicamentos y lo primordial, realiza valoración continua del paciente.

La enfermera debe tener conocimientos adecuados para la administración de medicamentos especialmente opiáceos pues son los de elección en primer instancia para estos casos, pues estos tiene efectos secundarios como la depresión respiratoria, estreñimiento entre otras, para lo cual tanto la persona como el familiar también deben tener conocimiento de estos.

Como se evidencia en esta investigación la enfermera brinda su atención guiada por el principio de la beneficencia el cual reseña que lo más importante es aliviar el sufrimiento de la persona con cáncer en fase terminal, para lo cual la enfermera debe conocer e identificar las diferentes manifestaciones de dolor que puede presentar la persona para así realizar las intervenciones adecuadas.

Las intervenciones de enfermería deben ir encaminadas a un uso de medicamentos adecuada, mediante registros oportunos, manejo de horarios de dosis y de rescates que requiera el paciente.

La educación a la familia es importante puesto que es el encargado de la administración de la medicación de la persona cuando esta se encuentre en casa y debe conocer cuáles son los parámetros para que la familia y la personan acudan por urgencias y a su vez enseñar a manejar los prejuicios que se tiene cuando se administran medicamentos opioides.

## **7. CONCLUSIONES**

- En términos generales se puede concluir que los **dilemas bioéticos** a los cuales se enfrenta el profesional de enfermería en el cuidado de la persona con cáncer terminal que presenta síntomas s son:
  - El principio de **no maleficencia** se incumple por el encarnizamiento terapéutico y el desconocimiento en el manejo farmacológico de los síntomas. Con respecto a la **beneficencia** son variadas las situaciones que se presentan una serie de causas cuyo origen tiene lugar en las dificultades existentes para el desempeño del rol asistencial, que condicionan la atención de enfermería, lo cual redundo en una vulneración por la no indicación de sedación para el control de los mismos.
  - El principio de **autonomía** se otorga por la capacidad del individuo y de su familia en la elección y/o el rechazo de alternativas de tratamiento indicados para disminuir los síntomas s. En relación con la **justicia** se puede establecer que la orientación de los profesionales es brindar atención de manera igualitaria, sin distinciones de edad, sexo o raza.
- Los síntomas que se presentan en las personas con cáncer en fase terminal son: la depresión, el dolor, el insomnio, la anorexia, la caquexia, los cambios en el estado del ánimo y la disnea. Por tanto, se observa con una incidencia que el dolor es un signo que se asocia a los demás síntomas ya que para mitigar este disconfort se trata primero antes.
- Por consecuente, el ejercicio de la profesión se generan por diversas situaciones que representan implícitamente una vulneración de los mismos. Tales factores son el desconocimiento por falta de la formación académica, los límites en el número de dosis de opioides, benzodiazepinas y sedación en un tiempo determinado, el beneficio de la administración de soportes nutricionales y el encarnizamiento terapéutico y por ende, se reconoce la importancia de abordar de aquellos signos de difícil manejo descritos en este trabajo como un punto de partida.
  - La enfermera toma las decisiones con base en sus conocimientos y experiencias previas y de acuerdo a la teoría del



principalísimo siempre y cuando tome la mejor decisión para la persona con cáncer terminal y su familia generando calidad de vida durante sus últimos días de vida.

## **RECOMENDACIONES**

- Se considera fundamental ahondar en la formación de la bioética desde el pregrado, donde se establezcan supuestos claros en la atención de este tipo de personas y se profundice sobre la posición social del profesional de enfermería como un referente de cuidado humanizado basado en el respeto a los principios bioéticos y en la lucha de la abogacía por los derechos de los individuos al final de la vida.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- (s.f.). Childress apenas citado, reduce a dos las facetas esenciales. En Childress apenas citado, reduce a dos las facetas esenciales (págs. pp. 235-39.).
- A. R. JONSEN, M. S. (2002). Clinical Ethics. A Practical Approach. Recuperado el 10 de 03 de 2014, de Clinical Ethics. A Practical Approach:  
[http://bib26.pusc.it:591/www\\_prof/cobra/requena/www/tesis%20requena.pdf](http://bib26.pusc.it:591/www_prof/cobra/requena/www/tesis%20requena.pdf)
- (s.f.). These formulation are. En T. f. are, These formulation are (págs. pp. 7-13).
- BEAUCHAMP. (s.f.). Ethical Theory and Bioethics en T. L. En BEAUCHAMP, Ethical Theory and Bioethics en T. L. (pág. 24). Contemporary Issues in.
- (s.f.). a history. En R. R. BEAUCHAMP, a history (págs. 67-104). europa.
- Biassi, O. J. (2012). monografias. Recuperado el 12 de 03 de 2014, de monografias:  
<http://www.monografias.com/trabajos13/episte/episte.shtml#ixzz2waWHuXfK>
- BLITON, M. J. (2004). The Ethics of Clinical Ethics. New York .
- C, A. (1996). Principios básicos de la bioética. Revista Cubana de Enfermería , 11.
- CHILDRESS, J. F. (s.f.). Priorities in Biomedical. En J. F. CHILDRESS, Priorities in Biomedical (pág. 13).
- DEVETTERE, R. J. (1995). Practical Decision Making in Health Care Ethics. Cases and Concepts. En R. J. DEVETTERE, Practical Decision Making in Health Care Ethics. Cases and Concepts (págs. 50 -72). Georgetown University Press,.
- Dolly Yaneth Padilla\*, S. P. (Mayo de 2007). REVISTA DE ENFERMERÍA. Recuperado el 04 de 04 de 2013, de DILEMAS Y TOMA DE DECISIONES ÉTICAS DEL PROFESIONAL:  
[https://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/REVISTA10\\_2\\_2007/Dilemas\\_y\\_Toma\\_decisiones.htm](https://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/REVISTA10_2_2007/Dilemas_y_Toma_decisiones.htm)
- Fonseca, M. E. (2006). Historia y fundamentos de la bioética. Recuperado el 15 de 4 de 2014, de Historia y fundamentos de la bioética:

[http://books.google.com.co/books?id=JQghzrGF8\\_YC&pg=PA54&lpg=PA54&dq=Orlando+Jos%C3%A9+Biassi&source=bl&ots=V6JWN-aKyJ&sig=0IRPXV4wCdDifa57firckMJTDFU&hl=es&sa=X&ei=d15DU9WjOZTMsATsqIBo&ved=0CCgQ6AEwAA#v=onepage&q=Orlando%20Jos%C3%A9%20Biassi&f=false](http://books.google.com.co/books?id=JQghzrGF8_YC&pg=PA54&lpg=PA54&dq=Orlando+Jos%C3%A9+Biassi&source=bl&ots=V6JWN-aKyJ&sig=0IRPXV4wCdDifa57firckMJTDFU&hl=es&sa=X&ei=d15DU9WjOZTMsATsqIBo&ved=0CCgQ6AEwAA#v=onepage&q=Orlando%20Jos%C3%A9%20Biassi&f=false)

- GRACIA, D. (s.f.). Primum non nocere. En D. GRACIA, Primum non nocere (pág. 25).
- (s.f.). . VEATCH (ed.), Cross Cultural Perspectives..., p. 235. En J. F. CHILDRESS, Autonomy en R. M (pág. 235). Cross Cultural Perspectives.
- J. FLETCHER, F. G. (1995). Introduction to Clinical Ethics,. En F. G. J. FLETCHER, Clinical Ethics: History, (pág. 10). Frederick: University Publising Group Inc.
- ML, B. (2005). Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. En B. ML, Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica (págs. 693-698.).
- P, T. (s.f.). Principios relevantes en la atención de pacientes terminales. Recuperado el 2014 de 04 de 04, de Revista de Estudios Médico-Humanísticos: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica12/PrincipiosEticos.html>
- PELLEGRINO, C. E. (s.f.). Clinical Ethics: Biomedical. En C. E. PELLEGRINO, Clinical Ethics: Biomedical (pág. p. 837.).
- PELLEGRINO, E. D. (1988). Pellegrino distingue entre bioética teórica y bioética clínica. . En E. D. PELLEGRINO, Clinical Ethics: Biomedical Ethics at the Bedside (pág. 837). JAMA.
- R. GILLON. (s.f.). Ethics Needs Principles. En R. GILLON, Ethics Needs Principles (págs. 303-306). Europa.
- REICH, W. (1990). La bioetica negli Stati Uniti. En W. REICH, La bioetica negli Stati Uniti (págs. 144 -146). Padova .
- T. L. BEAUCHAMP. (s.f.). Ethical Theory and. En T. L. BEAUCHAMP, Ethical Theory and (págs. 116-117).
- THOMASMA, D. C. (1978). Instead it should be viewed as a symbiotic discipline embracing both. En D. C. THOMASMA, Instead it should be viewed as a symbiotic discipline embracing both (pág. 34).

- ALVAREZ, T. "La muerte en la cultura occidental. Aproximación al trabajo de morir", *Revista Universidad de Antioquia* n° 264 / Abril-Junio 2001.
- ENGELHARDT, T. *Los fundamentos de la Bioética*, Paidós, 1995.
- GALA LEÓN, F. J. "Sobre las concepciones de la muerte".en: *Revista ROL de Enfermería*. n° 159. 1991.
- GARCIA, A. *Historia de la Medicina*. Interamericana, McGraw- Hill, 1987.
- GOMEZ SANCHO, M. *Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. ICEPSS. 1999.
- GONZALEZ, J. *El Ethos, destino del hombre*, Fondo de Cultura Económica, 1997.
- GRACIA, D. *Fundamentos de Bioética*, Eudema, 1989.
- MIRA Y LOPEZ, E. *Cuatro gigantes del alma*, Lidiun, 1994.
- PLANCARTE, R y MAYER, F. *Manual de alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*, McGraw-Hill, 2003.
- PERRY JE, CHURCHILL LR, KIRSCHNER HS. The Terri Sciavo case: legal, ethical, and medical perspectives. *Ann Intern Med* 2005; 143:744-8.
- BARROCAS AD. Nutrition support and the troubling trichotomy: a call for action. *NCP* 2006; 21:109-12.
- FERRIE S. A quick guide to ethical theory in healthcare: solving ethical dilemmas in nutrition support situations. *Nutr Clin Pract* 2006; 21:113-7.
- CASSARETT D, KAPO J, CAPLAN A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration. Fundamental principles and recommendations. *N Engl J Med* 2005; 353:2607-12.
- MCANN RM, MAY WJ, GROTH-JUNKER A. Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994; 272:1263-6.
- ROUSEAU PC. How fluid deprivation affects the terminally ill. *RN* 1991; 54:73-74, 76.
- NUTR HOSP. 2007;22(1):38-45 J. M. Moreno Villares y cols. Encuesta sobre aspectos éticos en Nutrición Artificial Domiciliaria *Nutr Hosp*. 2007;22(1):38-45
- GARCÍA DE LORENZO A, BARBERO J, CASTAÑO A, CELAYA S, GARCÍAPERIS, GÓMEZ ENTERRÍA P Y COLS. Conclusiones del III Foro de Debate SENPE. Soporte nutricional especializado: aspectos éticos. *Nutr Hosp* 2006; 21:300-2.

- FINE RL. Ethical issues in artificial nutrition and hydration. *Nutr Clin Pract* 2006; 21:18-25.
- BOZZETTI F, COZZAGLIO L, BIGANZDI E Y COLS. Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. *Clin Nutr* 2002; 21:281-8.
- ELIA M, STRATTON R, RUSSELL C. Report of British Artificial Nutrition Survey 2001. Redditch: overeign/BAPEN. 2002
- MORENO VILLARES JM, CUERDA C, PLANAS M, GOMEZ CANDELA C, LEÓN-SANZ M, DE COS A, PEDRÓN C Y GRUPO NADYA-SENPE. Trends in adult Home Parenteral Nutrition in Spain. 1992- 2003. *Nutr Hosp* 2006 (en prensa).
- HODA D, JATOI A, BURNES J, LOPRINZI C, KELLY D. Should patients with advanced, incurable cancers ever sent home with total parenteral nutrition? *Cancer* 2005; 103:863-8.
- BACHMANN P, MART-MASSOUD C, BLANC-VINCENT MD, Y COLS. Summary version of the standards, options and recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer (2001). *Br J Cancer* 2003; 89:S107-S110.
- MIRHOSSEINI N, FAINSINGA RL, BARACOS V. Parenteral nutrition in advanced cancer: indications and clinical practice guidelines. *J Palliat Med* 2005; 8:914-8.
- SAYERS GM, LLOYD DAJ, GABE SM. Parenteral nutrition: ethical and legal considerations. *Postgrad Med J* 2006; 82:79-83.
- Task force on Ethic of the Society of Critical Care Medicine. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Crit Care Med* 1990; 18:1435-9.
- BRUBB A, WALSH P, LAMBE N, MURRELLS T, ROBINSON S. Survey of British clinicians' views on management of patients in persistent vegetative state. *Lancet* 1996; 348: 35-40.
- AMELLA EJ. Feeding and hydration issues for older adults with dementia. *Nurs Clin North Am* 2004; 39:607-23.
- GILLICK MR. The use of advance care planning to guide decision about artificial nutrition and hydration. *Nutr Clin Pract* 2006; 21:126-33.
- FUHRMAN MP, HERRMANN VM. Bridging the continuum: Nutrition Support in palliative and hospice care. *Nutr Clin Pract* 2006; 21:134-41.
- FINUCANE TE, CHRITSMAS C, TRAVIS K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 282:1365-70.

- MITCHELL SL, KIELY DK, LIPSITZ SA. The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe brain impairment. *Arch Intern Med* 1997; 157:327-32.
- CHIDWICK, P. M., *Approaches to Clinical Ethical Decision-Making: Ethical Theory, Casuistry and Consultation*, University Microfilms International, Ann Arbor 1994.
- DAVIS, D. S., *Rich Cases: the Ethics of Thick Description*, "Hastings Center Report" 21, 4(1991), 12-17.
- DEGRAZIA, D., *Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 17 (1992), 511-39.
- DEMAN, Th., *Probabilisme* en VACANT, A. y MANGENOT, E. (eds.), *Dictionnaire de Théologie Catholique* (vol. XIII), Letouzey et Ane, Paris 1910, coll. 417-619.
- DIMMITT, J. H. y ARTNAK, K. E., *Cases of Conscience: Casuistic Analysis of Ethical Dilemmas in Expanded Role Settings*, "Nursing Ethics" 1 (1994), 200-07.
- DONNELLY, W. J., *Writing the Medical Record: Transforming Story into Chronicle*, "JAMA" 260 (1988), 823-25.
- DOWNIE, R. S., *Health Care Ethics and Casuistry* [Editorial], "Journal of Medical Ethics" 18 (1992), 61-62.
- DUBLANCHY, E., *Casuistique* en VACANT, A. y MANGENOT, E. (eds.), *Dictionnaire de Théologie Catholique* (vol. II), Letouzey et Ane, Paris 1910, coll. 1860-77.
- DUBOSE, E. R. y HAMEL, R. P., *Casuistry and Narrative: of What Relevanceto HECs?*, "HealthCare Ethics Committee Forum" 7 (1995), 211-27.
- ELLIOTT, C., *Solving the Doctor's Dilemma?*, "New Science" 133 (1992), 42-44.
- FORROW, L., *Commentary on "Narrative Ethics": the Case of the Missing Cases*, en GRODIN, M. A. (ed.), *Meta Medical Ethics*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht 1995, 125-130.
- GAUL, A. L., *Casuistry, Care, Compassion, and Ethics Data Analysis*, "Advances in Nursing Science" 17 (1995), 47-57.
- HUNTER, K., *A Science of Individuals: Medicine and Casuistry*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 14 (1989), 193-212.
- JAMETON, A. L., *Casulist or Cassandra? Two Conceptions of the Bioethicist's Role*, "Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics" 3 (1994), 451-66.