

Cáncer de pulmón, tendencias desde la perspectiva del cuidado

Lung Cancer, Trends From a Care Perspective

Cancro do pulmão, tendências de uma perspectiva de cuidados

Claudia Liliana Valencia Rico¹, María Camila Alzate Beltrán², Cristian Eduardo Vargas Rosas³, Leidy Carolina Álvarez Ramírez⁴, Adriana Katherin Montes Rivera⁵, Juan Camilo Arbeláez Gallego⁶, Mariana Botero Galindo⁷

Resumen

Objetivo: identificar las tendencias de investigación sobre el cáncer de pulmón durante los últimos cinco años, desde la perspectiva del cuidado de enfermería. **Método:** revisión bibliométrica y exploratoria realizada a partir de la base de datos de web of science. Se utilizaron los descriptores, lung neoplasm and nursing care con aplicación de filtros, obteniendo un total de 62 artículos publicados entre los años 2017-2021. El análisis bibliométrico fue realizado mediante bibliometrix con el total de los documentos obtenidos; para el análisis exploratorio se utilizaron 30 artículos que describen las principales tendencias temáticas identificadas en la estructura conceptual. **Resultados:** los indicadores bibliométricos muestran un promedio de publicación de 12 artículos por año, predominaron las publicaciones con enfoque cuantitativo (66,7 %) y de nivel de evidencia baja (56,7 %). El mayor número de artículos publicados por fuente y autor fue de 4. Los resultados

¹Enfermera. Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar. Magister en Enfermería. Profesora Programa de Enfermería Universidad Católica de Manizales. Caldas, Colombia. Contacto: cva- valencia@ucm.edu.co ORCID: 0000-0002-5067-9918.

²Estudiante Programa de Enfermería. Universidad Católica de Manizales. Caldas, Colombia. Contacto: maria.alzate3@ucm.edu.co ORCID: 0000-0002-1557-0968.

³Estudiante Programa de Enfermería. Universidad Católica de Manizales. Caldas, Colombia. Contacto: cristian.vargas@ucm.edu.co ORCID: 0000-0003-3566-4045.

⁴Estudiante Programa de Enfermería. Universidad Católica de Manizales. Caldas, Colombia. Contacto: leidy.alvarez@ucm.edu.co ORCID: 0000-0002-0856-464X.

⁵Estudiante Programa de Enfermería. Universidad Católica de Manizales. Caldas, Colombia. Contacto: adriana.montes@ucm.edu.co ORCID: 0000-0002-9924-6558.

⁶Estudiante Programa de Enfermería. Universidad Católica de Manizales. Caldas, Colombia. Contacto: juan.arbelaez1@ucm.edu.co ORCID: 0000-0001-6138-7665.

⁷Estudiante Programa de Enfermería. Universidad Católica de Manizales. Caldas, Colombia. Contacto: mariana.botero@ucm.edu.co ORCID: 0000-0003-4986-9551.

exploratorios muestran cinco temáticas relevantes relacionadas con: el diagnóstico del cáncer de pulmón, síntomas, cuidado paliativo, calidad de vida y práctica avanzada de enfermería. Conclusión: se logra identificar publicaciones que enfatizan las temáticas mencionadas, con un nivel de evidencia bajo y con escasas intervenciones realizadas por parte de enfermería. Los estudios se enfocan en el control de síntomas y cuidados en el fin de vida.

Palabras clave:

Cáncer de pulmón, atención de enfermería, bibliometría, literatura de revisión como asunto.

Abstract

Objective: identify trends in lung cancer research over the past five years from a nursing care perspective. **Method:** bibliometric and exploratory review based on the web of science database. The descriptors, lung neoplasm and nursing care were used with application of filters, obtaining a total of 62 articles published between the years 2017-2021. The bibliometric analysis was performed using bibliometrix with the total number of documents obtained; 30 articles describing the main thematic trends identified in the conceptual structure were used for the exploratory analysis. **Results:** bibliometric indicators show an average publication rate of 12 articles per year, with a predominance of publications with a quantitative approach (66.7 %) and a low level of evidence (56.7 %). The highest number of articles published per source and author was 4. The exploratory results show five relevant topics related to: lung cancer diagnosis, symptoms, palliative care, quality of life and advanced nursing practice. **Conclusion:** it is possible to identify publications that emphasize the aforementioned topics, with a low level of evidence and with few interventions carried out by nurses. The studies focus on symptom control and end-of-life care.

Keywords:

Lung cancer, nursing care, bibliometrics, Review Literature as Topic.

Resumo

Objetivo: identificar tendências na investigação do cancro do pulmão ao longo dos últimos cinco anos, numa perspectiva de cuidados de enfermagem. Método: revisão bibliométrica e exploratória realizada utilizando a teia de dados científicos. Os descritores, neoplasma pulmonar e cuidados de enfermagem foram utilizados com a aplicação de filtros, obtendo um total de 62 artigos publicados entre 2017-2021. A análise bibliométrica foi realizada utilizando a bibliometria com o número total de documentos obtidos; 30 artigos descrevendo as principais tendências temáticas identificadas na estrutura conceptual foram utilizados para a análise exploratória. Resultados: os indicadores bibliométricos mostram uma taxa média de publicação de 12 artigos por ano, com uma predominân-

cia de publicações com uma abordagem quantitativa (66,7 %) e um baixo nível de evidência (56,7 %). O maior número de artigos publicados por fonte e autor foi de 4. Os resultados exploratórios mostram cinco tópicos relevantes relacionados com: diagnóstico do cancro do pulmão, sintomas, cuidados paliativos, qualidade de vida e prática avançada de enfermagem. Conclusão: conseguimos identificar publicações que enfatizam os tópicos acima mencionados, com um baixo nível de evidência e com poucas intervenções realizadas por enfermeiros. Os estudos centram-se no controlo dos sintomas e nos cuidados de fim de vida.

Palavras-chave:

Cancro do pulmão, cuidados de enfermagem, bibliometria, Literatura de Revisão como Assunto.

Introducción

El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de los tipos de cáncer que causaron un mayor número de muertes en el año 2020 se encuentra registrado en primera instancia el cáncer de pulmón al que se le atribuye 1,8 millones de defunciones para este año ⁽¹⁾. En comparación con otros cánceres comunes, el cáncer de pulmonar tiene una tasa de supervivencia más baja. Por ejemplo, la tasa de supervivencia a 5 años para las personas con cáncer de mama puede llegar al 89 %, mientras que para el cáncer de pulmón, esta cifra es sólo del 15 % ^(2,3)"id":"ITEM-2","issue-d":{"date-parts":["2020"]},"title":"Plan de atención de enfermería a pacientes con cáncer de pulmón en fase terminal","type":"article-journal"},"uris":["http://www.mendeley.com/documents/?uuiid=70a80049-9df1-48a6-a8b6-55f2f-0c55260"]},"mendeley":{"formattedCitation":"(2,3. Así mismo, en el proceso de la enfermedad se ha documentado incremento los años de vida potencialmente perdidos por la enfermedad y tratamiento (AVPP) y los años de

vida ajustados por discapacidad (AVA/D) ⁽⁴⁾. Se calcula que, para el año 2040 se diagnosticarán unos 3.060 casos nuevos a nivel internacional.

El 60 % de los casos nuevos de cáncer se encuentran ubicados en países de ingresos medios bajos, como son la mayoría de los países Latinoamericanos; donde, dos tercios de las muertes por cáncer ocurren en estos países ⁽⁵⁾. El cáncer de pulmón sigue siendo la causa más común de muerte por cáncer. Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón se han reducido a más de la mitad para los hombres desde 1981, mientras que las tasas entre las mujeres casi se han duplicado durante el mismo período ⁽⁶⁾.

En Colombia este cáncer constituye una prioridad de salud pública. Anualmente se presenta cerca de 11,8 afectados por 100.000 habitantes, ubicándose en paralelo con otros países de la región como: Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Venezuela ⁽⁷⁾.

Esta enfermedad se divide en dos tipos principales entre ellos se encuentra el cáncer de células no pequeñas (CPCNP) y el de células pequeñas (CPCP). El primero se diagnostica con una mayor frecuencia y aproximadamente representa el 85 % de todos los casos de cáncer de pulmón, este tipo de cáncer crece y se disemina más lentamente que la variante de células pequeñas. La enfermedad de cáncer de pulmón generada por las células no pequeñas en su primera etapa tiene pocos síntomas específicos, lo que conlleva que un 70 % de los casos no sean diagnosticados hasta que la enfermedad ya está avanzada⁽⁸⁾; por lo tanto, el tratamiento se hace más difícil y poco exitoso, lo que genera que las tasas de supervivencia sean pobres^(2,9,10) "author":{"dropping-particle":"","family":"Instituto Nacional del Cáncer","given":"NIH","non-dropping-particle":"","parse-names":false,"suffix":""},"id":"ITEM-2","issued":{"date-parts":["2022"]},"title":"Tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas (PDQ®).

El CPCNP abarca una serie de diferentes clases de cáncer de pulmón que principalmente se agrupan como "escamosos" o "no escamosos"; en donde el CPCNP no escamoso incluye a su vez subclases como el adenocarcinoma y carcinoma de células grandes. Mientras que el CPCP es más agresivo y principalmente es causado por la práctica de fumar; genera metástasis en una etapa más temprana de la enfermedad y representa aproximadamente el 15 % de todos los cánceres de pulmón a nivel mundial⁽¹¹⁾.

Con respecto a los factores de riesgo se ha documentado el hábito de fumar como su principal causa, ya que representa a nivel mundial un promedio del 80 % de la detección de la enfermedad⁽¹²⁾. En este sentido, la probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón entre los fumadores

es 10 veces mayor que entre las personas que no fuman⁽¹³⁾. Así mismo, existe una relación causal entre cáncer de pulmón y el uso de cigarrillos, pipas de tabaco, pipas de agua y el hecho de fumar otros productos de tabaco. Por otro lado, existe evidencia de la relación entre el cáncer de pulmón y el ser fumador pasivo; en consecuencia, el humo de segunda mano causa más de 7,000 muertes por cáncer de pulmón cada año⁽¹⁴⁾.

La susceptibilidad genética es otro factor que también puede aumentar el riesgo a padecer cáncer de pulmón; en consecuencia, se ha demostrado que personas con tumores de pulmón y antecedentes familiares de cáncer reciben el diagnóstico a una edad más temprana y son con más frecuencia mujeres; sin embargo, son los hombres quienes más padecen de esta enfermedad^(15,16).

Otros factores como la radiación ionizante aumenta el riesgo de cáncer de pulmón, en este caso se incluyen los sobrevivientes a bombas atómicas⁽¹⁷⁾ y personas tratadas con radioterapia⁽¹⁸⁾. Así mismo, los riesgos ocupacionales han aumentado la incidencia de esta enfermedad en los últimos años, ya que los empleados de ciertas industrias y trabajos que involucran agentes como el asbesto y gases de la combustión, han generado que la tasa de mortalidad y morbilidad de la enfermedad aumente por la exposición de diferentes químicos en los países industrializados^(19,20).

En lo que respecta a la edad, es importante mencionar que el cáncer de pulmón afecta sobre todo a personas entre los 60-65 años y menos de 15 % son menores de 30 años⁽²¹⁾. En cuanto a la discriminación por género, los hombres tienen una mayor probabilidad de padecer la enfermedad en el transcurso de su vida (1 en 15), mientras que en las mujeres el riesgo

es un poco más bajo relacionado (1 en 17). Estos datos incluyen tanto a fumadores como no fumadores. Sin embargo, el riesgo de padecer la enfermedad es mucho mayor para las personas fumadoras^(22,23).

El papel de enfermería es totalmente significativo en el cuidado de las personas con cáncer de pulmón; en este sentido se ha demostrado que los principales cuidados que deben ser abordados en personas con esta enfermedad incluyen: la valoración de síntomas respiratorios (características de las secreciones, cantidad, color, consistencia, olor, disnea, frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio) identificar la hemoptisis, vigilancia de signos de infección, estado de intranquilidad, ansiedad, estado de hidratación entre otros... Así mismo, los cuidados a nivel clínico se orientan al manejo de la ventilación, hidratación, medicamentos e higiene de las vías respiratorias y dieta, como cuidados básicos pero indispensables para posibilitar el confort⁽²⁴⁾.

Las intervenciones de enfermería relacionadas con cáncer de pulmón que se ha documentado estrategias no invasivas para mejorar el bienestar y la calidad de vida; la mayoría de ellas orientadas al control de la disnea, el estado funcional y emocional, demostrando efectos positivos sobre el retraso en el deterioro clínico, la dependencia y la angustia por los síntomas, así como, mejoras en el funcionamiento emocional y la satisfacción con la atención^(25,26). Por otro lado, el entrenamiento físico ha sido utilizado para la rehabilitación de personas con cáncer de pulmón avanzado⁽²⁷⁾, en el preoperatorio⁽²⁸⁾ y postoperatorio de resección pulmonar⁽²⁹⁾, evidenciando mejoras en el componente físico (consumo de oxígeno, aumento en el recorrido de caminata de 6 minutos, mejora en el equi-

librio, control de la disnea...), menor número de días con catéter intercostal postoperatorio, menor estancia hospitalaria postoperatoria y mejora en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

A pesar de que la literatura muestra abordajes realizados por enfermería en las personas con cáncer de pulmón, el nivel de evidencia sigue siendo bajo, puesto que las investigaciones son pocas y de bajo alcance. Así mismo, se ha demostrado que el cuidado de este tipo de personas requiere de un entrenamiento en enfermería avanzada y disminución de la carga laboral para lograr competencias y recursos que permitan implementar cuidados efectivos en cualquier momento del proceso de la enfermedad^(30,31).

El presente artículo tuvo como objetivo identificar las tendencias de la investigación de enfermería sobre el cáncer de pulmón durante los últimos cinco años.

Metodología

Selección de datos

Se realizó una revisión bibliométrica y exploratoria para identificar las tendencias de investigación relacionadas con el tema. En el campo de la salud, el método bibliométrico permite medir la influencia o impacto de las publicaciones científicas; por lo que se puede obtener información sobre el comportamiento de una temática específica investigada en términos de espacio y tiempo. Sus métricas son útiles para caracterizar las publicaciones por autores, filiações, interrelaciones entre comunidades científicas, mapeo temático y otras, que facilitan visualización y analizar la evolución del tema en cuestión⁽³²⁾. En cuanto a la revisión exploratoria, es una estructura narrativa que ofrece una sín-

tesis de conocimientos basados en la evidencia, con el fin de sustentar en términos generales los conceptos clave que han tenido en cuenta las investigaciones con respecto a un tema específico⁽³³⁾.

Para el presente trabajo se realizó exploración de la base de datos Web of Science. El descriptor utilizado fue Lung neoplasm AND nursing care con refinamiento de la búsqueda por título, año y tipo de artículo (investigación). Fueron incluidos los manuscritos publicados entre los años 2017-2021, derivados de investigación por cualquier enfoque y alcance. En este sentido se obtuvo una muestra de 62 publicaciones para el análisis bibliométrico. Posteriormente se seleccionaron los artículos que describen las principales tendencias temáticas identificadas en la estructura conceptual, quedando con un total de 30 manuscritos para el análisis exploratorio. Se excluyeron las publicaciones biomédicas que no contenían información sobre el cuidado de enfermería y que no consideraban en su muestra, personas con cáncer pulmonar (Figura 1).

Análisis de los datos

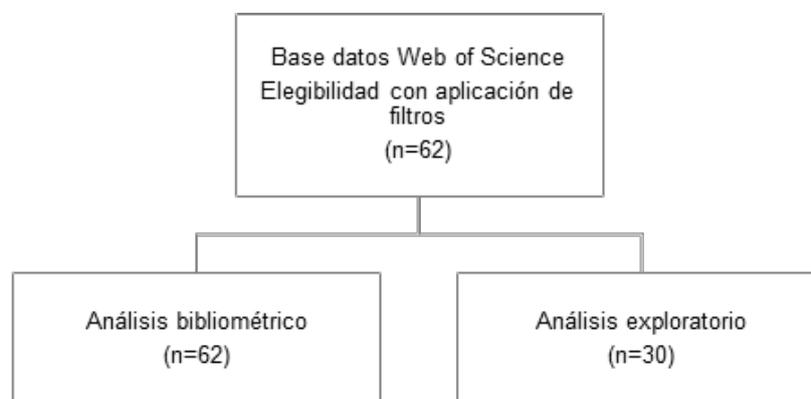
Toda la información bibliográfica se descargó como archivo de texto sin formato para el procesamiento y análisis. Se utilizó el software bibliometrix para exploración de los datos obteniendo el top 10 de los resultados por año, fuentes y autores; posteriormente se analizó la estructura conceptual de los artículos a través de mapeo, evolución temática y clúster con las palabras clave de los autores^(34,35).

Los resultados exploratorios surgieron de las principales temáticas resultantes del mapeo obtenido en el análisis de estructura conceptual; en este sentido, se agruparon los resultados en cinco categorías temáticas derivadas de estudios cuantitativos y cualitativos, que describen aspectos del cuidado relacionados con: el diagnóstico del cáncer de pulmón, síntomas, cuidado paliativo, calidad de vida y práctica avanzada de enfermería.

Resultados Bibliométricos

Los indicadores de investigación muestran un total de 62 trabajos originales (100 %). Se identificó un promedio de 12 publicaciones por año, siendo los años 2019 y 2020 los que cuentan con mayor número de artículos (Tabla 1).

Figura 1. Selección de los artículos.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Distribución de las publicaciones por año.

Año	# Artículos	%
2017	12	19
2018	12	19
2019	13	21
2020	13	21
2021	12	19
Total	62	100%

Con relación a las principales fuentes de publicación, todas obedecen a revistas internacionales; el 56 % categorizadas en Q1, el 36 % en Q2 y el 8 % en Q3 (Tabla 2).

Fuente. Elaboración propia a través de Bibliometrix

Tabla 2. Top 10 para fuentes de publicación.

Fuente	# Artículos	Indexación
Journal of Pain and Symptom Management	4	Q1
Supportive Care in Cancer	4	Q2
European Journal of Oncology Nursing	3	Q2
Oncologist	3	Q1
Cancer Epidemiology	2	Q2
Cancer Nursing	2	Q1
European Journal of Cancer Care	2	Q3
Jama Oncology	2	Q1
Journal of Palliative Medicine	2	Q1
American Journal of Health Promotion	1	Q1

Fuente. Elaboración propia a través de Bibliometrix y datos del Simago Journal Rank.

En cuanto a los indicadores de autoría y coautoría se encontró un total de 1579 autores; En la tabla 3 se muestra el top 10 de los autores más relevantes y más citados.

Tabla 3. Top 10 autores más relevantes y más citados.

Autor más relevantes	# Artículos	Autor más citados	# Citaciones
Bruera E	4	Bruera E	3
Chen CH	4	Hui D	3
Hui D	4	Hannon Bl	2
Kim YJ	4	Zimmermann C	2
Agrawal A	3	Campbell C	1
Andrei Cl	3	Chang WC	1
Chang WC	3	Chen CH	1
Chen JS	3	CHEN JS	1
Chou WC	3	Chou WC	1
Christopher DJ	3	Friedman DB	1

Fuente. Elaboración propia a través de Bibliometrix.

y control, cohorte prospectiva, estudios cuasiexperimentales y estudios mixtos con alcance explicativo), y el 13,3 % (n=4) corresponde a evidencia alta (ensayos clínicos aleatorios).

El mapeo obtenido permitió la descripción de cinco temáticas de interés para el cuidado de enfermería en el contexto del cuidado oncológico. Los principales resultados se encuentran resumidos en la tabla 4.

Tabla 4. Resumen de resultados exploratorios.

Diagnóstico del cáncer de pulmón		
Artículo	Objetivo	Principales resultados
Patient understanding and acceptability of an early lung cancer diagnosis trial: a qualitative study ⁽³⁶⁾ .	Explorar la viabilidad de asignar al azar en un ensayo clínico a los pacientes a una radiografía de tórax urgente o no, e investigar cualquier barrera para el reclutamiento y la participación en el estudio.	Los hallazgos mostraron que el altruismo, el beneficio personal y la tranquilidad de no tener cáncer de pulmón fueron factores importantes en la participación de los pacientes. Sin embargo, se creía en gran medida que estar en el grupo de intervención era más beneficioso, lo que destaca la falta de comprensión del equilibrio clínico. Un bajo incentivo para la participación fue la estigmatización de los pacientes que fumaban (dados los criterios de inclusión). Aunque la mayoría de los pacientes informaron que estaban contentos con el diseño del ensayo, hubo evidencia de poca comprensión. Por último, para varios pacientes, se prefirió confiar en los profesionales de la salud a comprender los procesos del ensayo.
Lung cancer screening: practice guidelines and insurance coverage are not enough ⁽³⁷⁾ .	Examinar el conocimiento, las actitudes y las prácticas con respecto a la tomografía computarizada de dosis bajas (LDCT) entre las enfermeras practicantes que trabajan en entornos de atención primaria.	Aunque la implementación de pruebas de detección de cáncer de pulmón de alta calidad cuenta con un amplio respaldo, se han planteado inquietudes sobre el uso de LDCT, incluida la exposición a la radiación, las tasas de falsos positivos, el cumplimiento de las recomendaciones de detección anuales y el costo para los pacientes. Las enfermeras practicantes creen que la toma de decisiones compartida con sus pacientes de alto riesgo sobre la LDCT está dentro del alcance de su práctica; sin embargo, la limitación de tiempo dentro de los turnos de trabajo no favorece la aceptación de esta prueba. Existen barreras sustanciales para los pacientes que disuaden el seguimiento de la recomendación de los proveedores.
Developing and testing a brief clinic-based lung cancer screening decision aid for primary care settings ⁽³⁸⁾ .	Desarrollar y probar una estrategia de ayuda para la toma de decisiones de detección de cáncer de pulmón para proveedores de atención primaria y los pacientes de alto riesgo.	La mayoría de los pacientes eran mujeres (n = 14, 70%), la mayoría habían completado la escuela secundaria (n = 15, 75%) y su edad promedio era de 65 años. La mitad eran afroamericanos. Los pacientes y proveedores calificaron la estrategia como útil, fácil de leer y usar y aceptable en términos de marco de tiempo (observado $t = 11,6$ minutos, SD 2.7). La mayoría de los pacientes (n = 16, 80%) indicaron su intención de hacerse el examen de detección. Los PCP recomiendan exámenes de detección para la mayoría de los pacientes (n = 17, 85%). Se comprueba que una estrategia interactiva, con lenguaje sencillo, culturalmente sensible y basada en la teoría es factible, aceptable y puede ser esencial para traducir y mantener de manera efectiva la adopción de las recomendaciones de detección de este cáncer en el ámbito clínico.

<p>Impact of rapid investigation clinic on timeliness of lung cancer diagnosis and treatment ⁽³⁹⁾.</p>	<p>Evaluar el impacto de una clínica de investigación rápida (RIC) en la puntualidad del diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón.</p>	<p>El resultado primario fue el tiempo entre el primer contacto con un médico local por sospecha de cáncer de pulmón (T0) y el primer tratamiento. La mediana de retraso entre T0 y el primer tratamiento fue de 65 días (IQR 46-92 días) en la RIC y de 78 días (IQR 49-119 días) en los pacientes del grupo control que no estuvieron en dicha clínica ($\leq 0,01$). El tiempo desde T0 hasta el diagnóstico patológico fue más corto en la RIC (mediana de 26 días; IQR 14-42 días) frente a los pacientes no RIC (mediana de 40 días; IQR 16-68 días). La investigación en el RIC se asoció con una reducción del tiempo hasta el primer tratamiento de 24 días (IC= 95% 12-35 días) cuando se ajustó para los factores de confusión relevantes.</p>
<p>Síntomas en el cáncer de pulmón</p>		
<p>Self-management of oxygen and bronchodilators to relieve the dyspnea of lung cancer with pneumoconiosis ⁽⁴⁰⁾.</p>	<p>Evaluar el nivel de disnea y las estrategias de automanejo utilizadas para aliviar la disnea en pacientes con cáncer de pulmón con pneumoconiosis concurrente, particularmente la oxigenoterapia y el tratamiento broncodilatador.</p>	<p>En cuanto a las prácticas de autogestión empleadas para aliviar la disnea, el 53,2% de los pacientes ajustó la ingesta de oxígeno y el 70,9% utilizó broncodilatadores por encima de la dosis prescrita. El ajuste de la ingesta de oxígeno no se asoció significativamente con ninguna de las características de los pacientes. Los factores relacionados con un mayor uso de broncodilatadores fueron la presencia de comorbilidades, la función cardiopulmonar, la dificultad respiratoria subjetiva, las actividades de la vida diaria y el número de broncodilatadores prescritos.</p>
<p>Cough in lung cancer: a survey of current practice among australian health professionals ⁽⁴¹⁾.</p>	<p>Examinar las experiencias y perspectivas de los profesionales de la salud australianos con respecto a la importancia clínica y el tratamiento actual de la tos en personas con cáncer de pulmón.</p>	<p>De los participantes, 26 (45%) eran médicos, 21 (36%) enfermeras registradas y 10 (17%) profesionales de la salud aliados. Se encontró variabilidad en el manejo de la tos asociada con el cáncer de pulmón. El 90% consideró que la tos era una preocupación clínica y acogió con satisfacción los esfuerzos por mejorar su manejo. En la mayoría de los servicios, <25% de los pacientes con tos clínicamente preocupante reciben tratamiento. Los opiáceos fueron percibidos como la estrategia farmacológica más consistentemente efectiva, con >50% de participantes indicando una efectividad mínima o variable para todas las demás. Los pocos participantes que tenían experiencia con estrategias no farmacológicas las percibían como algo efectivas o variables.</p>
<p>The effects of the respiratory rehabilitation program on perceived self-efficacy and dyspnea in patients with lung cancer ⁽⁴²⁾.</p>	<p>Examinar los efectos del programa de rehabilitación respiratoria en la percepción de autoeficacia y disnea en pacientes con cáncer de pulmón.</p>	<p>Casi todos los pacientes de la muestra eran hombres, y la edad media del grupo experimental y el grupo de control fue de 65,80 años ($\pm 8,80$) y 73,00 años ($\pm 7,60$), Hubo diferencias significativas en la puntuación media de autoeficacia percibida y disnea entre el grupo experimental y el grupo de control ($p < 0,050$). El programa de rehabilitación respiratoria debe usarse para promover la autoeficacia y aliviar la disnea en pacientes con cáncer de pulmón.</p>

<p>Development of a Symptom Management Intervention: Qualitative Feedback From Advanced Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers ⁽⁴³⁾.</p>	<p>Obtener retroalimentación de pacientes con cáncer de pulmón sintomático en estadio avanzado y sus cuidadores familiares, sobre el contenido y el formato de una intervención de manejo de síntomas no farmacológica para reducir los síntomas físicos y psicológicos.</p>	<p>Los pacientes y los cuidadores deseaban componentes de intervención que abordaran: 1) la alta carga de síntomas, 2) educación sobre los efectos adversos del tratamiento y 3) herramientas de afrontamiento. Solicitaron intervenciones con una duración breve o flexible y entregarlas por teléfono fueron otras sugerencias para mejorar la aceptabilidad de la intervención. Los participantes también prefirieron un enfoque igualitario en las preocupaciones del paciente y del cuidador y un marco de intervención más positivo.</p>
<p>A focus group evaluation of breathe easier: a mindfulness-based health app for survivors of lung cancer and their family members ⁽⁴⁴⁾.</p>	<p>Explorar las actitudes y la aceptación de los sobrevivientes de cáncer de pulmón y sus familiares hacia una intervención centrada en la díada de salud mental basada en la atención plena.</p>	<p>En general, los participantes mencionaron los beneficios percibidos más que preocupaciones. Los principales beneficios incluyen comodidad, salud y orientación en la atención. Las principales preocupaciones percibidas fueron el costo potencial, dificultad de uso, sostenibilidad y privacidad. Los beneficios percibidos estaban relacionados tanto con la salud como con la tecnología. Los beneficios de salud percibidos incluyeron reducción estrés, reducción de la ansiedad, mejora de la respiración y mejora calidad de vida en general. Los participantes reportaron conveniencia, o la capacidad de usar la aplicación en cualquier lugar o en cualquier momento, como un beneficio para la salud mental. Aunque los participantes reportaron más beneficios, se expresaron preocupaciones como la privacidad, la dificultad de uso o costo de la aplicación.</p>
<p>Effect of COPD on symptoms, quality of life and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer ⁽⁴⁵⁾.</p>	<p>Analizar el Efecto de la EPOC en los síntomas, la calidad de vida y el pronóstico en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado.</p>	<p>El grupo con EPOC se quejaba de más síntomas como tos, expectoración y disnea, que los del grupo sin EPOC. La presencia de EPOC no afectó la calidad de vida general de las personas con cáncer, pero a medida que aumentaba la obstrucción de las vías respiratorias la función física disminuía, y la fatiga y la disnea eran más frecuentes. La mediana de supervivencia global del grupo con EPOC fue más corta que la del grupo sin EPOC (224 días frente a 339 días).</p>
<p>Fan therapy is effective in relieving dyspnea in patients with terminally ill cancer: a parallel-arm, randomized controlled trial ⁽⁴⁶⁾.</p>	<p>Determinar el efecto de la terapia con ventiladores sobre la disnea en pacientes con cáncer terminal.</p>	<p>No se observaron diferencias significativas en la escala numérica de disnea inicial entre los grupos (puntuación media, 5,3 frente a 5,1, p= 0,665). La media de disnea cambió en -1,35 puntos (IC del 95%, -1,86 a -0,84) en los pacientes del grupo de intervención y en -0,1 puntos en los pacientes del grupo control ((IC del 95%, -0,53 a 0,33). La proporción de pacientes con una reducción de un punto en la escala de disnea fue significativamente mayor en el brazo de intervención que en el brazo control 80% frente a 25%. La terapia Fan-to-face es efectivo para aliviar la disnea en pacientes con cáncer terminal.</p>

<p>Symptom treatment preferences of cancer survivors: ¿does fatigue level make a difference?⁽⁴⁷⁾.</p>	<p>Examinar el interés de los supervivientes de cáncer en aprender habilidades para manejar la fatiga relacionada con el cáncer (CRF) y los síntomas asociados y su interés en varias intervenciones y modalidades no farmacológicas.</p>	<p>En comparación con los sobrevivientes con fatiga normal, los sobrevivientes muy fatigados tenían más probabilidades de informar interés en aprender habilidades para manejar varios síntomas, autocompasión capacitación y programas ofrecidos individualmente. Ofrecer una gama de opciones basadas en la evidencia para de los síntomas puede ayudar a satisfacer las diversas necesidades y preferencias de los supervivientes para facilitar la atención centrada en el paciente. Dado el alto nivel de interés de los supervivientes por las intervenciones de salud complementarias e integradas, la investigación futura debe seguir evaluando su impacto en los síntomas y el funcionamiento.</p>
<p>Psychosocial consequences of a reduced ability to eat for patients with cancer and their informal caregivers: A qualitative study⁽⁴⁸⁾mendeley":("formattedCitation":"(46</p>	<p>Explorar las consecuencias psicosociales de una capacidad reducida para comer en pacientes en diferentes etapas de la enfermedad y en recuperación y remisión.</p>	<p>Surgieron cuatro temas: 1) dificultad para comer, 2) alto sentido de responsabilidad, 3) incomprensión por parte del entorno social y 4) consecuencias sociales. Las emociones referidas por los pacientes y cuidadores informales fueron: ira, ansiedad, desilusión, pena y tristeza, culpa, impotencia y vergüenza. El tema consecuencias sociales estuvo relacionado con: menos placer experimentado y las estrategias sociales: ajustar, buscar alternativas y evitar.</p>
<p>Predicting the risk of psychological distress among lung cancer patients: development and validation of a predictive algorithm based on sociodemograph and Clinical Factors⁽⁴⁹⁾.</p>	<p>Desarrollar y validar un algoritmo predictivo para identificar pacientes con cáncer de pulmón con alto riesgo de angustia psicológica.</p>	<p>El nivel educativo ($\beta = 0,151, p = 0,004$), residencia ($\beta = 0,146, p = 0,016$), metástasis ($\beta = 0,136, P = 0,023$), grado de dolor ($\beta = 0,133, p = 0,005$), antecedentes familiares ($\beta = -0,107, p = 0,021$) y estadio del tumor, ganglio y metástasis ($\beta = -0,236, p < 0,001$) fueron predictores independientes de malestar psicológico. El modelo construido con estos predictores mostró un área bajo la curva de 0,693. Un punto de corte de 66 predijo malestar psicológico clínicamente significativo con una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de 65,41 %, 66,90 %, 28,33 % y 89,67 %, respectivamente. La tasa de coincidencia entre el algoritmo predictivo y el termómetro de angustia fue del 64,63%.</p>
<p>Cuidado Paliativo</p>		
<p>Consideration of sense of coherence in a structured communication approach with stage IV lung cancer patients and their informal caregivers: a qualitative interview study⁽⁵⁰⁾.</p>	<p>Explorar las experiencias salutogénicas de pacientes y cuidadores informales bajo el concepto, enfoque de comunicación Milestone en pacientes con cáncer de pulmón estadio IV y sus cuidadores.</p>	<p>Se abordaron tres componentes: 1) "comprensibilidad", que fue respaldada por información transmitida adecuadamente para los pacientes; 2) "significativo" se abordó como aceptar la situación; y la 3) "manejabilidad" condujo a una planificación avanzada de la atención con la que los pacientes se sintieron cómodos. Los participantes apreciaron en el enfoque de comunicación Milestone en su apoyo para hacer frente a una enfermedad que limita la vida. La consideración de los aspectos salutogénicos facilita el conocimiento pronóstico y la planificación anticipada de los cuidados.</p>

<p>A qualitative exploration of patient and healthcare professionals' views and experiences of palliative rehabilitation during advanced lung cancer treatment ⁽³¹⁾.</p>	<p>Explorar las experiencias y percepciones de pacientes y profesionales sanitarios sobre la viabilidad y aceptabilidad de la rehabilitación paliativa durante el tratamiento del cáncer de pulmón avanzado.</p>	<p>La rehabilitación paliativa y la participación en el estudio fueron vistas positivamente tanto por los participantes como por los profesionales de la salud. Se identificaron cinco temas: 1) desafíos de vivir con un cáncer incurable, 2) razones personales y altruistas para participar en la rehabilitación, 3) aplicabilidad de la rehabilitación paliativa contenido, 4) barreras y facilitadores para la adherencia y 5) impacto positivo en uno mismo y en los demás.</p>
<p>Recommendations for palliative and hospice care guidelines for treatment of cancer ⁽⁵¹⁾.</p>	<p>Examinar la frecuencia de la aparición de cuidados paliativos en las directrices de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y comparar entre las directrices sobre tumores sólidos y hematológicas.</p>	<p>Se identificaron un total de 37 tumores sólidos y 16 directrices sobre neoplasias hematológicas. Los cuidados paliativos fueron mencionados en 30 guías (24 de tumores sólidos, 6 hematológicas). Los "cuidados paliativos" se mencionaron con mayor frecuencia en las directrices sobre tumores sólidos que en las hematológicas. Entre las guías que incluían los cuidados paliativos en la recomendación de tratamiento, 25 sólo remitieron a la guía de cuidados paliativos de la NCCN. La remisión a cuidados paliativos especializados se mencionó específicamente en 5/30. Los "cuidados paliativos" estaban ausentes en casi la mitad de las directrices de tratamiento del cáncer de la NCCN y rara vez se en las directrices para las neoplasias hematológicas.</p>
<p>Pattern and Predictors of Outpatient Palliative Care Referral Among Thoracic Medical Oncologists ⁽⁵²⁾.</p>	<p>Describir las características de los oncólogos torácicos y la manera en que estas influyen en la remisión de los pacientes a la especialidad de cuidados paliativos en el ámbito ambulatorio.</p>	<p>El patrón de remisión a varió ampliamente. Los oncólogos más jóvenes (<45 años) no solo referían una mayor proporción de pacientes, sino que también referían pacientes más temprano en la trayectoria de la enfermedad, incluso después de ajustar otros predictores conocidos, como la demografía del paciente.</p>
<p>Early Palliative Care Services and End-of-Life Care in Medicare Beneficiaries with Hematologic Malignancies: A Population-Based Retrospective Cohort Study ⁽⁵³⁾.</p>	<p>Describir el uso de los servicios de cuidados paliativos facturados entre los beneficiarios de un Instituto Nacional de Cáncer.</p>	<p>La proporción de personas que recibió servicios de cuidado paliativo aumento del 0,4% al 13% en un periodo de 14 años. La mediana de tiempo desde el primer día de la atención hasta el fallecimiento fue de 10 días. El 84,3% de los cuidados paliativos se produjo durante los ingresos hospitalarios y el 5,9% durante las visitas a la consulta.</p>

<p>Timing of do-not-resuscitate orders and health care utilization near the end of life in cancer patients: a retrospective cohort study⁽⁵⁴⁾.</p>	<p>Explorar la prevalencia de las órdenes de no reanimación (DNR), los factores que influyen en ellas y la asociación entre la firma de la DNR y la utilización de la atención sanitaria entre los pacientes con cáncer avanzado</p>	<p>Los pacientes que tenían tumores sólidos, vivían en áreas urbanas, tenían más de una comorbilidad y presentaban más de cinco síntomas eran más propensos a tener órdenes de no reanimar. El punto de corte para la obtención de una orden de no reanimación fue de 3 días, según la mediana del número de días transcurridos desde la firma de la orden de no reanimación hasta la muerte del paciente. Los pacientes con órdenes de no reanimación tempranas (más de 3 días antes de la muerte) tenían menos probabilidades de ser trasladados a la unidad de cuidados intensivos y de ser sometidos a un tratamiento cardiopulmonar, intubación traqueal y ventilación, mientras que era más probable que recibieran morfina y apoyo psicológico en comparación con aquellos con órdenes tardías (dentro de los 3 días anteriores a la muerte) y sin órdenes.</p> <p>Los pacientes oncológicos avanzados con tumores sólidos que viven en áreas urbanas con más síntomas y comorbilidades tienen una probabilidad relativamente mayor de tener órdenes de DNR. Las órdenes tempranas de DNR están asociadas con procedimientos menos agresivos y más medidas de comodidad. Sin embargo, estas órdenes siempre se firman tarde.</p>
<p>Geriatric assessment-driven intervention (GAIN) on chemotherapy-related toxic effects in older adults with cancer: A randomized clinical trial⁽⁵⁵⁾.</p>	<p>Evaluar si una intervención específica basada en la evaluación geriátrica (GAIN) puede reducir los efectos tóxicos relacionados con la quimioterapia en adultos mayores con cáncer.</p>	<p>La incidencia de efectos tóxicos relacionados con la quimioterapia de grado 3 o superior fue del 50,5% (IC 95 %, 45,6 % a 55,4 %) en el brazo GAIN y del 60,6% (IC 95 %, 53,9 % a 67,3 %) en el brazo de atención estándar (SOC), lo que resultó en una reducción significativa del 10,1 % (IC del 95 %, -1,5 a -18,2 %; p= 0,02). Se observó un aumento absoluto significativo en la finalización de directivas anticipadas del 28,4% con GAIN frente al 13,3% con SOC (p<0,001). No se observaron diferencias significativas en las visitas al servicio de urgencias, las hospitalizaciones no planificadas, ni la duración media de la estancia.</p> <p>la integración de la evaluación geriátrica (GAIN) multidisciplinaria redujo significativamente los efectos tóxicos relacionados con la quimioterapia de grado 3 o superior en adultos mayores con cáncer.</p>
<p>Communication Differences between Oncologists and Palliative Care Clinicians: A Qualitative Analysis of Early, Integrated Palliative Care in Patients with Advanced Cancer⁽⁵⁶⁾.</p>	<p>Describir el contenido de las conversaciones médico-paciente entre los pacientes que reciben cuidado paliativo y comparar las diferencias en el contenido de las conversaciones entre oncólogos y médicos de cuidado paliativo.</p>	<p>Tanto los médicos de oncología como los de cuidado paliativo discutieron el manejo de los síntomas, la comprensión médica y la toma de decisiones de tratamiento con los pacientes en casi todas las visitas posteriores a la progresión; sin embargo, los médicos de cuidado paliativo tendieron a evaluar la comprensión del paciente sobre el proceso de tratamiento y el pronóstico con más frecuencia que los oncólogos; así mismo, abordaron el afrontamiento del paciente, las experiencias y necesidades de los cuidadores y la planificación de la atención avanzada con más frecuencia que los oncólogos.</p>

<p>¿How receptive are patients with late stage cancer to rehabilitation services and what are the sources of their resistance? ⁽⁵⁷⁾.</p>	<p>Describir la proporción y las características de los pacientes con cáncer en etapa avanzada que son y no son receptivos a recibir servicios de rehabilitación, y la justificación de su nivel de interés.</p>	<p>En general, 99 (31,8 %) de los 311 participantes del estudio expresaron interés en recibir servicios de rehabilitación: 38 en el momento de la inscripción y 61 adicionales durante al menos 1 contacto posterior. Los participantes que expresaron interés tenían más probabilidades de tener un hijo como cuidador principal (18,18 % frente a 9,91 %, $p = 0,04$) y una comorbilidad musculoesquelética (42,4 % frente a 31,6 %, $p = 0,05$). Las razones proporcionadas por la falta de interés en recibir servicios incluyeron la percepción de su beneficio limitado, estar demasiado ocupado y la priorización por debajo de tareas/preocupaciones más apremiantes.</p>
<p>Calidad de vida</p>		
<p>Pilot randomized phase II trial of the enhancing quality of life in patients (equip) intervention for patients with advanced lung cancer ⁽⁵⁸⁾.</p>	<p>Determinar la viabilidad de la intervención Enhancing Quality of Life in Patients (EQUIP), la tasa de cumplimentación de datos de las medidas de los pacientes en el contexto del ensayo EQUIP, y el efecto estimado de la intervención EQUIP sobre la calidad de vida y el estado de ánimo.</p>	<p>Todos los pacientes estaban satisfechos con los temas compartidos y consideraban que eran útiles. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos de intervención y de control en cuanto a la calidad de vida y el estado de ánimo a las 12 semanas de la línea de base. Se demostró que las sesiones educativas presenciales dirigidas por enfermeras eran factibles y aceptables para los pacientes con cáncer de pulmón avanzado.</p>
<p>Factors influencing the quality of life of patients with advanced cancer ⁽⁵⁹⁾.</p>	<p>Determinar los predictores de calidad de vida (CV) de pacientes con cáncer avanzado.</p>	<p>El 20,2% de la muestra presentaba cáncer de pulmón. La falta de energía fue el síntoma más prevalente de los pacientes. La capacidad de realizar actividades cotidianas y la calidad de vida, con la edad como variable de control, se correlacionaron significativamente con la gravedad y número de síntomas. Los síntomas físicos y psicológicos predijeron significativamente la calidad de vida de los y explicaron el 28,8% de la variación en la misma.</p>
<p>Outcomes of a dignity therapy/life plan intervention for patients with advanced cancer undergoing chemotherapy ⁽⁶⁰⁾.</p>	<p>Evaluar los resultados de la terapia de dignidad/plan de vida informados por los pacientes.</p>	<p>La angustia, la calidad de vida, la espiritualidad, la dignidad y el propósito en la vida se midieron al inicio, inmediatamente después de la intervención y 3 meses después. No hubo cambios significativos en las medidas de calidad de vida, espiritualidad, propósito en la vida, o dignidad, con la excepción de la angustia. Se ha demostrado que una peor calidad de vida es un pronóstico de menor supervivencia para las personas con cáncer de pulmón sometidos a quimioterapia, en particular en aquellos con peor funcionamiento físico.</p>

<p>Applying Extended Theory of Planned Behavior for Lung Cancer Patients Undergone Pulmonary Resection: Effects on Self-Efficacy for Exercise, Physical Activities, Physical Function, and Quality of Life ⁽⁶¹⁾.</p>	<p>Examinar los efectos de las intervenciones de enfermería basadas en la Teoría Extendida del Comportamiento Planificado (ETPB) con respecto a la autoeficacia para el ejercicio (SEE), la actividad física (AF), la función física (FP) y la calidad de vida (CV) en pacientes con cáncer de pulmón que se han sometido a una resección pulmonar.</p>	<p>La intervención incluyó educación preoperatoria del paciente, establecimiento de objetivos (planificación de acción y afrontamiento) y retroalimentación (intención de comportamiento y control conductual percibido). Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en SEE ($\chi^2=13,53, p = 0,009$), AF ($\chi^2=9,51, p = 0,049$), estado funcional ($\chi^2=10,55, p = 0,032$) y 6MWD ($\chi^2=15,62, p = .004$). El componente mental de la CV ($Z=-2,78, p = 0,005$) del grupo de intervención fue superior al del grupo control al mes de la cirugía. Las intervenciones no afectaron la disnea ni el componente físico de la calidad de vida.</p>
<p>Práctica avanzada de enfermería.</p>		
<p>Barriers to delivering advanced cancer nursing: A workload analysis of specialist nurse practice linked to the English National Lung Cancer Audit ⁽³⁰⁾.</p>	<p>Analizar la carga de trabajo a nivel nacional de las enfermeras especialistas en cáncer de pulmón.</p>	<p>Las horas extraordinarias no pagadas fueron sustanciales para más del 60% de las enfermeras y no se asociaron con factores de servicio específicos evaluados. La falta de apoyo administrativo se asoció con grandes cantidades de casos e instalaciones de quimioterapia. La intervención de enfermería especializada más frecuente que no se ofreció de forma rutinaria sino que resultó de la gestión proactiva.</p>
<p>Acceptance of the Advanced Practice Nurse in Lung Cancer Role by Healthcare Professionals and Patients: A Qualitative Exploration ⁽⁶²⁾.</p>	<p>Explorar la aceptación de un rol novedoso, la enfermera de práctica avanzada en cáncer de pulmón, desde la perspectiva de los pacientes y profesionales de la salud en un país que carece de una supervisión regulatoria para la enfermería de práctica avanzada.</p>	<p>Se identificaron tres temas principales: 1) identificación de funciones, 2) contribuciones específicas de la práctica avanzada y 3) servicio flexible de este cargo. Los médicos y los pacientes reconocieron claramente el papel de la enfermera de práctica avanzada en cáncer de pulmón y señalaron las contribuciones a la continuidad de la atención, el apoyo psicosocial y la autogestión de los síntomas. Las enfermeras percibieron que este nuevo rol se superponía con el rol de enfermera de oncología. La flexibilidad en la prestación de atención se consideró la fortaleza del nuevo rol, pero también planteó desafíos organizacionales.</p>
<p>Use of time of a nurse involved in breaking the diagnosis of lung cancer and navigating patients in the healthcare system: Experience of an academic thoracic oncology ward ⁽⁶³⁾.</p>	<p>Describir el horario de trabajo de una enfermera titulada (RN) que actúa como enfermera "notificadora" y coordinadora de cuidados (IDEC) en un departamento de oncología torácica en un hospital universitario.</p>	<p>La mediana del número de intervenciones por paciente y el rango intercuartil son respectivamente 3 y 7. Ayudar a dar noticias sobre el cáncer y la coordinación de los cuidados representaron aproximadamente el 20 y el 80% del tiempo de trabajo. La enfermera pasaba el 43% de su tiempo sin el médico y más de la mitad de ese tiempo lo dedicaba a encuentros con pacientes. El análisis del horario de trabajo de la enfermera muestra que su actividad es muy similar a la de una enfermera navegante de oncología en Canadá. La combinación de las funciones de "anuncio" y de coordinación de los cuidados parece pertinente, pero la enfermera no es sustituida en caso de ausencia.</p>

Fuente. Elaboración propia.

- *Diagnóstico del cáncer de pulmón.*

En 4 artículos se describe aspectos relacionados con el diagnóstico del cáncer pulmonar, enfatizando principalmente en los motivos que llevan a las personas a participar en un ensayo clínico que permite la realización de una prueba radiológica⁽³⁶⁾; conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería, respecto a la implementación de pruebas de detección de cáncer de pulmón⁽³⁷⁾; así mismo, se muestran estrategias para lograr el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de pulmón^(38,39). En este sentido, los estudios evidencian como problemática mayor, el hecho de no contar con pruebas rápidas y de fácil acceso que permitan la realización del diagnóstico del cáncer pulmonar.

- *Síntomas en el cáncer de pulmón.*

Se encontraron 10 artículos que muestran resultados relacionados con la sintomatología experimentada y tratada en personas con cáncer de pulmón; los principales hallazgos señalan que los síntomas más frecuentes son, la tos, expectoración, fatiga y disnea, siendo esta última la más común⁽⁴⁵⁾. Las prácticas de autogestión más utilizadas para aliviar la disnea son: el uso de oxigenoterapia y administración de broncodilatadores por encima de las dosis prescritas⁽⁴⁰⁾; así mismo, la utilización de terapia Fan-to-face es efectiva para aliviar la disnea en pacientes con cáncer terminal⁽⁴⁶⁾ y la rehabilitación respiratoria se describe como recurso fundamental para el manejo de los síntomas y la mejora de la autoeficacia⁽⁴²⁾. En lo que respecta al personal de salud, expresa que la tos es una preocupación clínica para la atención de las personas, siendo los opiáceos la estrategia farmacológica más efectiva para tratarla⁽⁴¹⁾. En cuanto a los cuida-

dores y pacientes, prefieren que, al momento de recibir intervenciones por parte de los profesionales de la salud, estas sean orientadas al abordaje de los síntomas, educación para el manejo de efectos adversos del tratamiento y estrategias que favorezcan el afrontamiento de la enfermedad, como requisitos esenciales en personas con cáncer avanzado y en sobrevivientes del cáncer pulmonar^(43,44,47). Por otro lado, un estudio describe las consecuencias experimentadas por las personas con capacidad reducida para comer en diferentes etapas de la enfermedad, enfatizando en la afectación del estado psicológico y social⁽⁴⁸⁾. Por último, un estudio evidenció que, el nivel educativo, la zona de residencia, presencia de metástasis, grado de dolor, antecedentes familiares y estadio del tumor, son predictores independientes del malestar psicológico⁽⁴⁹⁾.

- *Cuidados Paliativos.*

Un total de 9 artículos relata aspectos relacionados con los cuidados paliativos (CP) en personas con cáncer pulmonar; se menciona específicamente que estos cuidados influyen positivamente en la calidad de vida de la persona y sus familiares^(31,50). Se ha demostrado que la atención de personas en los servicios de CP ha aumentado considerablemente en los últimos años⁽⁵³⁾. A pesar de su importancia, los estudios demuestran que los cuidados paliativos se enfatizan con mayor frecuencia en las directrices sobre tumores sólidos dejando por fuera a las personas que padecen cáncer de tipo hematológico⁽⁵¹⁾. Así mismo, la prestación de CP se ve afectada por las motivaciones para no recibir la rehabilitación que incluyen, la percepción de su beneficio limitado, estar demasiado ocupado y la priorización por debajo de tareas/preocupaciones más apremiantes⁽⁵⁷⁾.

En cuanto a los profesionales que favorecen la aplicación de CP, se ha demostrado que los especialistas en oncología que son de menor edad (<45 años), tienden a realizar mayor número de remisiones para favorecer este tipo de cuidado y lo hacen en pacientes con trayectorias más tempranas de su enfermedad⁽⁵²⁾; sin embargo, los médicos de cuidado paliativo tienden a evaluar la comprensión del paciente sobre el proceso de tratamiento y el pronóstico con más frecuencia que los oncólogos⁽⁵⁶⁾. Por otro lado, un estudio comprobó que la integración de la evaluación geriátrica multidisciplinaria reduce significativamente los efectos tóxicos relacionados con la quimioterapia en adultos mayores con cáncer, por lo tanto, se enfatiza en la importancia del manejo geriátrico integral⁽⁵⁵⁾. Por último, un estudio analizó la prevalencia de orden de no reanimación y encontró que los pacientes oncológicos avanzados con tumores sólidos que viven en áreas urbanas con más síntomas y comorbilidades, tienen una probabilidad relativamente mayor de tener órdenes de no reanimación⁽⁵⁴⁾.

- *Calidad de Vida.*

Se encontraron 4 investigaciones en las que se valoró la calidad de vida en personas con cáncer de pulmón; los resultados principales muestran que los predictores de la calidad de vida en personas con cáncer avanzado son: los síntomas físicos y psicológicos; así mismo, existe una correlación positiva entre la capacidad de realizar actividades cotidianas y la calidad de vida⁽⁵⁹⁾. En cuanto a las intervenciones educativas realizadas por enfermería se ha describe que son factibles y aceptables para los pacientes con cáncer

de pulmón avanzado⁽⁵⁸⁾, sin embargo, no se han logrado diferencias significativas en las dimensiones de la calidad de vida con dichas intervenciones^(60, 61).

- *Práctica avanzada de enfermería.*

Por último, 3 artículos mencionan aspectos relacionados con la práctica avanzada en el contexto del cuidado oncológico; al respecto se menciona que las horas extraordinarias no pagadas son sustanciales para más del 60 % de las enfermeras y además la falta de apoyo administrativo se asocia con grandes problemas e instalaciones de quimioterapia⁽³⁰⁾. Por otro lado, tanto los médicos, como los pacientes reconocen claramente el papel tan importante que desempeña la enfermera en la práctica avanzada de cáncer de pulmón y hacen énfasis en la atención y el apoyo psicosocial que se les puede brindar de manera proactiva; sin embargo, aún no están claras las diferencias del rol entre la enfermera oncológica y la enfermera que se dedica a la práctica avanzada⁽⁶²⁾. Dentro de las funciones que cumple enfermería en los servicios oncológicos, se ha descrito que puede actuar como notificadora y coordinadora de cuidados en un departamento de oncología, pasando hasta el 80 % del tiempo en la actividad de dar noticias sobre el cáncer y coordinando el servicio; así mismo, puede pasar el 43 % de su tiempo sin el médico y más de la mitad de ese tiempo lo dedica a encuentros con pacientes⁽⁶³⁾.

Discusión

La presente revisión bibliométrica y exploratoria, muestra artículos publicados por enfermeros y otros profesionales de la salud que mencionan aspectos relevantes para el cuidado oncológico de personas con cáncer pulmonar; en este sentido, un mayor número de artículos aborda la temática relacionada con los síntomas experimentados en el proceso de la enfermedad; seguidamente se encuentran los manuscritos con evidencia que respalda la integración de los cuidados paliativos en la práctica oncológica para personas con cáncer avanzado. Por otro lado, un menor número de manuscritos aborda aspectos relacionados con el diagnóstico, la calidad de vida y la implementación de la enfermería avanzada en el cuidado oncológico.

El cáncer de pulmón afecta comúnmente a la población de adultos mayores, principalmente a los fumadores o a las personas que afirman haber estado expuestos al humo de biomasa. Las personas que padecen esta patología suelen presentar un decaimiento en su estado de ánimo ya que la convivencia con los síntomas y las afectaciones posteriores a los tratamientos llevan a una modificación en su calidad de vida⁽⁶⁴⁾. En este sentido, esta revisión demuestra que la investigación en personas con cáncer de pulmón está centrada en la comprensión y el manejo de síntomas puntuales de índole respiratorio como lo son, la disnea, la tos y la fatiga, que afectan principalmente la dimensión física.

Otros estudios describen de manera similar, que las dimensiones más afectadas en la calidad de vida de la persona con cáncer de pulmón son: cansancio, el dolor, los cambios de peso y la dificultad al respirar, lo que impide realizar

actividades instrumentales con o sin acompañamiento, como las labores del hogar, realizar actividad física e incluso aquellas que son básicas. La calidad de vida de la persona y la de sus familiares es reducida, también aumenta la angustia durante sus tratamientos al compartir con otros pacientes y comparar su situación; esto crea la necesidad del oportuno acompañamiento de enfermería, para motivar a recibir el tratamiento de manera positiva e incentivar a superar las limitaciones creadas para llevar a cabo su proceso de la mejor manera posible⁽⁶⁵⁾.

Por otro lado, la revisión realizada reitera la importancia de enfermería en la implementación de cuidados paliativos a personas con cáncer avanzado, resaltándolos como un enfoque especial en el cuidado. Los cuidados paliativos se concentran en mejorar la calidad de la vida, ayudando a las personas y sus cuidadores a tratar los síntomas a lo largo de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos. Los cuidados paliativos, están diseñados para que el equipo de atención médica ayude a las personas que padecen una enfermedad grave a vivir lo mejor posible, por tanto tiempo como puedan⁽⁶⁶⁾.

La autora Cecily Saunders, estableció los principios básicos de los cuidados paliativos sobre una perspectiva humanista en los años 60's, con lo que cambió sustancialmente la forma de actuar frente a tratar a la persona en fase terminal. Sus esfuerzos propiciaron el desarrollo del movimiento "Hospice" (corriente mundial que plantea proveer de un cuidado compasivo a la persona agonizante), destinado a conseguir una

muerte tranquila, sin tratamientos inciertos y la creación de un clima de confianza, comunicación e intimidad⁽⁶⁷⁾.

Por estos motivos, la pregunta ya no es si se deben ofrecer cuidados paliativos, sino ¿cuál es el modelo óptimo de entrega? ¿cuándo es el momento ideal para derivar? ¿quién tiene mayor necesidad de una derivación y cuántos cuidados paliativos deberían brindar los propios oncólogos? Estas preguntas son particularmente relevantes dada la escasez de recursos de cuidados paliativos a nivel nacional e internacional. Como lo mencionan Hui D, et al, los cuidados paliativos oportunos, en el mejor de los casos, son cuidados preventivos para minimizar las crisis al final de la vida y en este sentido implican identificar a los pacientes con más probabilidades de beneficiarse de las intervenciones especializadas⁽⁶⁸⁾; sin embargo, el ideal en el contexto del cuidado sería poder abordar a las personas en las etapas más tempranas de la enfermedad, con el fin de contribuir a la menor pérdida de su calidad de vida.

Las personas que reciben atención por equipos de cuidados paliativos muestran disminución en el número de visitas a servicios de urgencias, menos ingresos hospitalarios y mejor control sintomático. Se ha identificado que brindar cuidados paliativos en la enfermedad oncológica

avanzada en los últimos 2, 3 o 6 meses de vida, repercute de forma positiva en la calidad de vida y reduce la agresividad terapéutica al final de la vida⁽⁶⁹⁾.

Por otro lado, en lo que compete a las experiencias y vivencias de la persona con respecto al cáncer de pulmón avanzado y el tratamiento de la enfermedad, se ha identificado cómo la necesidad de sobrevivencia demanda seguir las indicaciones propuestas para mejorar la calidad de vida. Esto requiere de un fuerte soporte familiar y social para hacer frente a los síntomas y cambios en la vida. Asimismo, es indispensable la adaptación psicosocial en el proceso de la enfermedad, ya que se trata de una transición en la vida de la persona que lleva consigo no solo a un sufrimiento emocional, sino que también obliga a solucionar los problemas asociados al diagnóstico y tratamiento para lograr la mejor adaptación en la vida diaria⁽⁷⁰⁾.

Por último, se puede decir que las preferencias de intervención de las personas con cáncer de pulmón y los cuidadores, se basan en la gravedad de la enfermedad y en el proceso de tratamiento; por este motivo, existe la necesidad de adaptar las intervenciones a los pacientes con alta carga de síntomas. Estas preferencias pueden incorporarse en futuros ensayos de intervención para mejorar el reclutamiento y la retención de participantes.

Conclusión

La presente revisión permite identificar las principales tendencias de investigación respecto al cáncer de pulmón. Se logra identificar que la mayoría de las publicaciones corresponde a producción realizada por autores internacionales, con un promedio de publicación anual de 12 artículos en su mayoría de evidencia baja. La participación de enfermería en este campo del conocimiento radica mayoritariamente en el desarrollo de investigaciones con enfoque cualitativo, enfocadas al cuidado paliativo, el manejo de síntomas y a demostrar la mejora en algunas dimensiones de la calidad de vida. Sin embargo, las intervenciones encontradas son escasas, y se basan en su mayoría en estrategias

educativas. Con estos hallazgos se concluye que el cuidado de la persona con cáncer pulmonar, por parte de enfermería, es aún un campo poco explorado, pero con tendencias a la mejora para la comprensión de la enfermedad. En este sentido se recomienda que los cuidados en este tipo de personas, se fundamente en el manejo de síntomas para mejorar la calidad de vida y en estrategias de promoción y mantenimiento de la salud que permitan contribuir a la prevención de factores de riesgo que son controlables.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud O. Cáncer [Internet]. 2021. [citado Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Roche. Cáncer de pulmón. Una guía para periodistas sobre el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) y su tratamiento. 2018 [Internet]. 2020. [consulta 20 abril 2021]. Disponible en: https://www.roche.com.ar/content/dam/rochexx/roche-com-ar/roche_argentina/images/Guia_cancer_pulmon.pdf
3. Valdrés López A, Marín Zarza M, Bruna Barranco I, Martínez Giménez L. Plan de atención de enfermería a pacientes con cáncer de pulmón en fase terminal. *Rev Sanit Investig* [Internet]. Noviembre 2020. [consulta:12 abril 2021]. Disponible en: <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-atencion-de-enfermeria-a-pacientes-con-cancer-de-pulmon-en-fase-terminal/>
4. García-Rodríguez, ME Benavides-Márquez, A Ramírez-Reyes E, Gallego-Escobar, Toledo-Cabarro, Chávez-Chacón M. El cáncer del pulmón: algunas consideraciones epidemiológicas, del diagnóstico y el tratamiento. *Rev Arch Med Camagüey*. 2018;22(5):641–52.
5. Arroyo-Hernández, M Zinser-Sierra J, Vázquez-García J. Detección temprana de cáncer de pulmón en México. *Salud Pública Méx*. 2020;61(3):347–51.
6. Brown D, Conway D, D McMahon A, Dundas R, Leyland A. Cancer mortality 1981-2016 and contribution of specific cancers to current socioeconomic inequalities in all cancer mortality: A population-based study. *Cancer Epidemiol*. 2021; 74:102010. doi: 10.1016/j.canep.2021.102010.
7. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Boletín No. 01 Día mundial del cáncer de pulmón [Internet]. 2020. [consulta: 1 enero 2021]. Disponible en: https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/onc_boletin_01_cancer_pulmon.aspx
8. Martínez Sosa L, Águila Hurtado Y, Ruiz López A, Cruz Carrazana CE, Santos Pérez Y, López Rodríguez EF. Morbilidad por tumor maligno de pulmón y bronquios en la provincia de Villa Clara en el período 2014-2016. [Internet]. *Cuba Salud*. 2018. [consulta: 12 mayo 2020]. Disponible en: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/rt/metadada/1098/1074>
9. Instituto Nacional del Cáncer N. Tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas (PDQ®)–Versión para pacientes [Internet]. Enero 2022. [consulta 5 enero 2022] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/pulmon/paciente/tratamiento-pulmon-celulas-no-pequenas-pdq>
10. Radiological Society of North America, Inc. (RSNA). Cáncer Pulmonar [Internet]. 2021. [consulta: 1 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/es/info/lung-cancer>

11. Barrionuevo Cornejo C, Dueñas Hanco D. Clasificación actual del carcinoma de pulmón. Consideraciones histológicas, inmunofenotípicas, moleculares y clínicas. *Horiz Med.* 2019;19(4):74-83.
12. Acosta Reynoso IM, Remón Rodríguez L, Segura Peña, Roger Ramírez Ramírez G, Carralero Rivas Á. Factores de riesgo en el cáncer de pulmón. *CCM.* 2016;20(1):42-55.
13. Regueiro Suárez, DA Morales Espinosa NH, Leiva A, González Soto Y. Tabaquismo. *Mediciego.* 2012;18: 6.
14. American Cancer Society. Factores de riesgo para el cáncer de pulmón [Internet]. 2019. [consulta: 5 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
15. Provencio M, Carcereny E, Rodríguez-Abreu D, López-Castro R, Guirado M, Camps C, et. al. Lung cancer in Spain: information from the Thoracic Tumors Registry (TTR study). *Transl Lung Cancer Res.* 2019;8(4):461-475. Doi: 10.21037/tlcr.2019.08.05.
16. Cabo-García A, Campo-Mulet E, Rubio-González, T Nápoles-Smith, N Columbia-Reguifero C. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con cáncer de pulmón en un servicio de neumología. 2018;22(4):395-405.
17. Ruano-Ravinaa A, Fernández-Villar, Alberto Provencio-Pulla M. Contra: el cribado del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis. *Gac Sanit.* 2016;30(5):383-5.
18. Giuranno L, Ient J, De Ruyscher D, Vooijs M. Radiation-Induced Lung Injury (RILI). *Front Oncol.* 2019; 9:877. Doi: 10.3389/fonc.2019.00877.
19. Cahuana Pinto RSM. Revisión sistemática y metaanálisis sobre el riesgo de cáncer de pulmón en trabajadores de la industria de la construcción civil. Colombia: Universidad de la Costa; 2020.
20. Gómez-Tejedas JJ, Odalis Tamayo-Velázquez AE, Iparraguirre-Tamayo RA, Diéguez-Guach A. Comportamiento de los factores de riesgo de la neoplasia de pulmón. *Univ Méd Pinareña.* 2020;16(3): e568.
21. Vázquez Garay F, Moncada-Santos MC GRD. Representación social de la salud en ancianos de un área de salud en Santiago de Cuba. *MEDISAN.* 2019;23(1):52-64.
22. Society AC. Estadísticas importantes sobre el cáncer de pulmón [Internet]. 2021. [consulta: 10 abril 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/acerca/estadisticas-clave.html>
23. Farrais Álvarez C. Incidencia del cáncer de pulmon en no fumadores en el área norte de Tenerife [Internet]. Tenerife: Universidad de la Laguna; 2018. [consulta: 19 oct. 2020] Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9096/IncidenciadelCancerdePulmonennofumadoresenelareanortedeTenerife.pdf?sequence=1>
24. García Garvi L, Martínez Martínez V, Luján García V, Molina Quilez P, Córdoba Caballero B, Casco Bogarín L. Plan de cuidados de enfermería para el paciente con cáncer de pulmón [Internet]. España:

- Comlejo Hospitalario Universitario Albacete; 2010. [consulta: 30 may. 2020]. Disponible en: https://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/Protocolos_Definitivos/plan_cuidados_cancer_pulmon.pdf
25. Rueda J, Solà I, Pascual A, Subirana Casacuberta M. Non invasive interventions for improving well being and quality of life in patients with lung cancer. *Cochrane Rev.* 2011; (9). Doi:10.1002/14651858.CD004282.pub3.
 26. Ream E, Euesden Pedersen A, Cox A, Skarparis K, Richardson A, Pedersen V, et. al. Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Jun 2;6(6):CD007568. Doi: 10.1002/14651858.CD007568.pub2.
 27. Peddle McIntyre C, Singh F, Thomas R, Newton R, Galvão D, Cavalheri V. Exercise training for advanced lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; Feb 11;2(2). Doi: 10.1002/14651858.CD012685.pub2.
 28. Cavalheri V, Granger C. Preoperative exercise training for patients with non small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 6. Doi: 10.1002/14651858.CD012020.pub2.
 29. Cavalheri V, Burtin C, R Formico V, Nonoyama M, Sue J, Spruit M, et al. Exercise training undertaken by people within 12 months of lung resection for non small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; Doi: 10.1002/14651858.CD009955.pub3.
 30. Stewart I, Leary A, Todd A, Borthwick D, Khakwani A, Hubbard R, et. al. Barriers to delivering advanced cancer nursing: A workload analysis of specialist nurse practice linked to the English National Lung Cancer Audit. *Eur J Oncol Nurs.* 2018; 36:103-111. Doi: 10.1016/j.ejon.2018.07.006 Received 1.
 31. Payne C, McIlpatrick S, Larkin F, Dunwoody L, Gracey J. A qualitative exploration of patient and healthcare professionals' views and experiences of palliative rehabilitation during advanced lung cancer treatment. *Palliat Med.* 2018;32(10):1624-1632. Doi: 10.1177/0269216318794086.
 32. Diane Cooper I. *Bibliometrics basics.* J Med Libr Assoc. 2015;103(4):217-8.
 33. Guirao Goris Silamani J. Adolf. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene.* 2015; 9 (2). Doi: 10.4321/S1988-348X2015000200002.
 34. Ellegaard O, Wallin JA. The bibliometric analysis of scholarly production: How great is the impact? *Scientometrics.* 2015;105(3):1809-31.
 35. Diane Cooper I. *Bibliometrics basics.* J Med Libr Assoc. 2015;103(4):217-8.
 36. Prout HC, Barham A, Tudor-Edwards EBR, Griffiths G, Hamilton W, Et A. Patient understanding and acceptability of an early lung cancer diagnosis trial: a qualitative study. *Randomized Control Trial.* 2018;19(1):419. Doi: 10.1186/s13063-018-2803-4.
 37. Karen Kane, McDonnell Robin Dawson, Estrada Amy Clark, Dievendorf Lauren B, Sercy E, Samira K, Al E. Lung cancer screening: Practice guidelines and insurance coverage are not enough. *J Am Assoc Nurse Pr.* 2019;31(1):33-45. Doi: 10.1097/JXX.0000000000000096.

38. Karen Kane M, Scott M S, Erica S, Callie C, Daniela B F, Kathleen B C, et al. Developing and testing a brief clinic-based lung cancer screening decision aid for primary care settings. *Heal Expect*. 2018; 21:796–804. Doi: 10.1111/hex.12675.
39. Ezer N, Navasakulpong, Asma Kevin S, Ofiara L, Anne V G. Impact of rapid investigation clinic on timeliness of lung cancer diagnosis and treatment. *BMC Pulm Med*. 2017;17(1):178. Doi: 10.1186/s12890-017-0504-5.
40. Kim JW, Eun Young P. Self-management of oxygen and bronchodilators to relieve the dyspnoea of lung cancer with pneumoconiosis. *Int J Palliat Nurs*. 2020;26(4):167-174. Doi: 10.12968/ijpn.2020.26.4.167.
41. Lockett T, Phillips J, Currow DC, Agar M, Molassiotis A. Cough in lung cancer: A survey of current practice among Australian health professionals. *Chest*. 2019;155(1):103-113. Doi: 10.1016/j.colegn.2019.09.002.
42. Saetan P, Suchira, Chaiviboontham Pi-yawan, Pokpalagon Pichai C. The Effects of the Respiratory Rehabilitation Program on Perceived Self-Efficacy and Dyspnea in Patients with Lung Cancer. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2020;14(5):277-285. Doi: 10.1016/j.anr.2020.08.010.
43. Mosher CE, Ott MA, Hanna N, Jalal SI, Champion VL. Development of a Symptom Management Intervention: Qualitative Feedback From Advanced Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers. *Cancer Nurs*. 2017;40(1):66-75. Doi: 10.1097/NCC.0000000000000350.
44. Beer JM, Smith KN, Kennedy T, Mois G, Acena D, Gallerani DG, et. al. A Focus Group Evaluation of Breathe Easier: A Mindfulness-Based mHealth App for Survivors of Lung Cancer and Their Family Members. *Am J Heal Promot*. 2020;34(7):770-778. Doi: 10.1177/0890117120924176.
45. Young-Soo Y, Woo Ho B, Kyeong-Yae S. Effect of COPD on symptoms, quality of life and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *BMC Cancer Vol*. 2018;18(1):1053. Doi: 10.1186/s12885-018-4976-3.
46. Kako J, Morita T, Yamaguchi T, Kobayashi M, Sekimoto A, Hiroya K, et. al. Fan Therapy Is Effective in Relieving Dyspnea in Patients With Terminally Ill Cancer: A Parallel-Arm, Randomized Controlled Trial. *Manag J Pain Symptom*. 2018;56(4):493-500. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.07.001.
47. Krueger E, Secinti E, Mosher CE, Stutz P V, Cohee AA, Johns SA. Symptom Treatment Preferences of Cancer Survivors: ¿Does Fatigue Level Make a Difference? *Cancer Nurs*. 2021;44(6): E540-E546. Doi: 10.1097/NCC.0000000000000941.
48. Lizea N, Natasja, Raijmakers Rianne, van Lieshout Maggy Youssef, El Soud Anoukvan, Limpt Mechelinevan van der L. Psychosocial consequences of a reduced ability to eat for patients with cancer and their informal caregivers: A qualitative study. 2020. 49:101838. Doi: 10.1016/j.ejon.2020.101838.
49. Tian X, Jin Y, Tang L, Pi Y-P, Chen W-Q, Herrera MFJ. Predicting the Risk of Psychological Distress among Lung Cancer Patients: Development and Validation of

- a Predictive Algorithm Based on Socio-demographic and Clinical Factors. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2021;8(4):403-412. Doi: 10.4103/apjon.apjon-2114.
50. Krug K, Bossert J, Stoo L, Siegle A, Hagelskamp MVL, Al E. Consideration of sense of coherence in a structured communication approach with stage IV lung cancer patients and their informal caregivers: a qualitative interview study. *Support Care Cancer.* 2021;29(4):2153-2159. Doi: 10.1007/s00520-020-05724-2.
51. Mo L, Urbauer DL, Bruera E, Hui D. Recommendations for Palliative and Hospice Care in NCCN Guidelines for Treatment of Cancer. *Oncologist.* 2021;26(1):77-83. Doi: 10.1002/ONCO.13515.
52. Hui D, Kilgore K, Park M, Liu D, Jung Kim J, Park J, et al. Pattern and Predictors of Outpatient Palliative Care Referral Among Thoracic Medical Oncologists. *Oncologist.* 2018; 10:1230-1235. Doi: 10.1634/theoncologist.2018-0094.
53. Rao V, Belanger E, Egan P, LeBlanc T, Olaszewski A. Early Palliative Care Services and End-of-Life Care in Medicare Beneficiaries with Hematologic Malignancies: A Population-Based Retrospective Cohort Study. *J Palliat Med.* 2021;24(1):63-70. Doi: 10.1089/jpm.2020.0006.
54. Cui P, Ping Z, Wang P, Bie W, Yeh CH, Gao X, et. al. Timing of do-not-resuscitate orders and health care utilization near the end of life in cancer patients: a retrospective cohort study. *Support Care Cancer.* 2021;29(4):1893-1902. Doi: 10.1007/s00520-020-05672-x.
55. Li D, Sun C-L, Kim H, Soto-Perez-de-Celis E, Chun V, Koczywas M, et. al. Geriatric Assessment-Driven Intervention (GAIN) on Chemotherapy-Related Toxic Effects in Older Adults With Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2021;7(11): e214158. Doi: 10.1001/jamaoncol.2021.4158.
56. Teresa Hagan, Thomas Vicki A J, Heather Carlson, Simone Rinaldi, Angela Sousa Andrea H, Al E. Communication Differences between Oncologists and Palliative Care Clinicians: A Qualitative Analysis of Early, Integrated Palliative Care in Patients with Advanced Cancer. *J Palliat Med.* 2019;22(1): Doi: 10.1089/jpm.2018.0092.
57. Cheville AL, Rhudy L, Basford JR, Griffith JM, Flores AM. ¿How Receptive Are Patients With Late Stage Cancer to Rehabilitation Services and What Are the Sources of Their Resistance? *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(2):203-210. Doi: 10.1016/j.apmr.2016.08.459.
58. Yang GM, Teo I, Neo SH-S, Tan D, Cheung YB. Pilot Randomized Phase II Trial of the Enhancing Quality of Life in Patients (EQUIP) Intervention for Patients With Advanced Lung Cancer. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018;35(8):1050-1056. Doi: 10.1177/1049909118756095.
59. Park S-A, Chung SH, Youngjin L. Factors influencing the quality of life of patients with advanced cancer. *Appl Nurs Res.* 2017; 33:108-112. Doi: 10.1016/j.apnr.2016.10.002.
60. Dose AM, McCabe PJ, Krecke CA, Sloan JA. Outcomes of a Dignity Therapy/Life Plan Intervention for Patients With Advanced Cancer Undergoing Chemotherapy. 2018. 20d. C.;4(400-406. Doi: 10.1097/NJH.0000000000000461).

61. Lim Y, Lee H, Kim DH, Kim YD. [Applying Extended Theory of Planned Behavior for Lung Cancer Patients Undergone Pulmonary Resection: Effects on Self-Efficacy for Exercise, Physical Activities, Physical Function, and Quality of Life]. *J Korean Acad Nurs.* 2020;50(1):66-80. Doi: 10.4040/jkan.2020.50.1.66.
62. Serena A, Dwyer AA, Peters S, Eicher M. Acceptance of the Advanced Practice Nurse in Lung Cancer Role by Healthcare Professionals and Patients: A Qualitative Exploration. *J Nurs Sch.* 2018;50(5):540-548. Doi: 10.1111/jnu.12411.
63. Hureaux J, Retailleau M, Georgeault A, Urban T. Use of time of a nurse involved in breaking the diagnosis of lung cancer and navigating patients in the health-care system: Experience of an academic thoracic oncology ward. *Rev Mal Respir.* 2019;36(2):155-161. Doi: 10.1016/j.rmr.2018.06.009.
64. Yepes Pérez A. Calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. *Rev Col Hematol Oncol.* 2021;8(1):7-9.
65. Ligeró A, Franco O, Onetti M, Portada A. La esfera emocional y social de cáncer de pulmón [Internet]. Fundación MÁS QUE IDEAS Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón, (AEACaP). 2019. 1-80. [consulta: 30 marzo 2021]. Disponible en: <http://afectadoscancerdepulmon.com/wp-content/uploads/2019/11/la-esfera-emocional-del-cancer-de-pulmon-web.pdf>
66. American Cancer Society. ¿Qué es el cuidado paliativo? [Internet]. 2019. [consulta: 28 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/que-es-el-cuidado-paliativo.html>
67. Castillo-Apolo, LE Arguello-Molina T, Daza Bermeo K, Macías- Vélez F. Cuidados paliativos en pacientes con CA de pulmón. *Rev Reciamuc.* 2021;5(2):151-61.
68. Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Brueira E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(5):356-376. Doi: 10.3322/caac.21490.
69. Erazo-Muñoz, M Sarmiento-Brecher, G Colmenares-Mejía C. Experiencia de un programa de soporte oncológico y cuidados paliativos en Colombia. *Rev Med Palliat.* 2019;26(2):136-42.
70. Ávila H, Alvarado O. La vivencia de los pacientes con cáncer y el cuidado de enfermería. *Rev Cuid.* 2020;11(1): e782. Doi: 10.15649/cuidarte.782.

Nota: la contribución de los autores en la realización del manuscrito fue equivalente.

Nota de aprobación: El editor es el responsable de la publicación del presente artículo.

Recibido: 17.03.2022

Aceptado: 13.06.2022