

Treball Final de Grau
Revisió bibliogràfica

**Cures infermeres humanitzades
centrades en la persona amb
malaltia oncològica**

Alumna: Clara Venzal Freire
Tutora: Dra. Dolors Juvinyà Canal
Maig de 2023

ÍNDEX

RESUM	3
ABSTRACT	4
MARC TEÒRIC	5
1. Què és el càncer	5
2. Etiologia del càncer	6
3. Classificació del càncer	7
3.1 Estadificació del càncer	7
3.2 Sistema tumor, node i metàstasis	9
3.3 Classificació segons el lloc i/o tipus de teixit.....	10
4. Epidemiologia i prevenció del càncer	10
4.1 Epidemiologia del càncer.....	10
4.2 Prevenció del càncer	11
5. Detecció i tractament del càncer	12
6. Atenció centrada en la persona	15
7. Humanització sanitària	16
7.1 Característiques de les cures humanitzades	16
8. Cures infermeres a persones amb malaltia oncològica	17
OBJECTIUS	20
Objectiu general.....	20
Objectius específics	20
MATERIAL I MÈTODES.....	21
Criteris d'inclusió	21
Criteris d'exclusió	22
Algoritme de cerca	22
RESULTATS	27
DISCUSSIÓ.....	40
LIMITACIONS	42
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAFIA	45

RESUM

Introducció: el càncer és una malaltia de la qual cada vegada augmenta més la seva incidència en tots els països, però sobretot els desenvolupats. És una malaltia que pot afectar a qualsevol edat i gènere. Suposa un canvi en la vida de la persona que la pateix i els del seu voltant. Infermeria té un paper clau a l'hora d'atendre a aquestes persones. Una atenció humanitzada centrada en la persona influeix en el maneig de la nova situació de forma beneficiosa.

Objectius: conèixer les cures infermeres humanitzades i centrades en la persona que pateix càncer per a poder oferir una bona atenció, esbrinar-ne la repercussió que tenen, identificar-les i conèixer el seu impacte.

Metodologia: la metodologia del treball ha estat una revisió bibliogràfica a les bases de dades Medline PubMed, Scielo, Science Direct i Cochrane Library. Les paraules claus que es van utilitzar en llengua anglesa van ser: *oncology, cancer, nurse, nursing, humanization, humanization of care, humanized i patient-centered care*. Els criteris d'inclusió van ser articles de qualsevol metodologia d'estudi publicats entre el 2018 i 2023 en llengua anglesa o castellana centrada en el rol d'infermeria en l'atenció en adults de qualsevol rang d'edat. Els criteris d'exclusió van ser que no estiguessin relacionats amb la infermeria o l'oncologia des d'una perspectiva humanitzada o centrada en la persona, que els subjectes d'estudi no fossin persones adultes i publicacions de literatura grisa o centrades en la professió mèdica.

Resultats: es van seleccionar 10 articles. Les cures humanitzades centrades en la persona tenen una repercussió en el maneig del nou estat de salut de la persona i els seus familiars o acompanyants.

Conclusions: per aconseguir una atenció infermera humanitzada es necessita educar i formar a les professionals infermeres i infermers. Alhora, s'ha de començar a valorar i mostrar la importància d'aquesta atenció perquè aporta beneficis al sistema i a les persona. És necessària una visió holística de la persona i el seu entorn, respectant la seva dignitat, valor i creences.

Paraules clau: Infermeria; oncologia; càncer; cures humanitzades; atenció centrada en la persona.

ABSTRACT

Introduction: cancer is a disease whose incidence is increasing in all countries, but especially in the developed ones. It is a disease that can affect anyone at any age and gender. The life of the people who suffer from it changes. Nurses play an important role taking care of these people. A humanized attention with a model patient-centered care makes a benefit to them.

Objectives: to learn about humanized nursing care and patient-centered care model to be able to offer a quality attention; to find out the impact that they have; to identify them and to know their impact.

Methodology: the methodology of the work has been a bibliographic review in the Medline PubMed, Scielo, Science Direct and Cochrane Library databases. The keywords used in English language were: *oncology, cancer, nurse, nursing, humanization, humanization of care, humanized i patient-centered care* The inclusion criteria were articles of any study methodology published between 2018 and 2023 in English or Spanish focused on the role of nursing care to adults of any age range. Exclusion criteria were that they were not related to nursing or oncology care in a humanized view or person-centered care perspective, that the studied subjects were not adults, grey literature or medical-centered publications.

Results: 10 articles were selected. Humanized patient-centered care has an impact on the management of the new state of health of the person and his/her relatives.

Conclusions: to achieve humanized nursing care, it is necessary to teach, educate and train the professionals of this job. At the same time, we must begin to value and show the importance of this attention because it brings benefits to the system and to the people who have the disease and their families. A holistic view of the person and his/her environment is necessary, respecting his/her dignity, values and beliefs.

Keywords: nursing, oncology, cancer, humanized care, person-centered care.

MARC TEÒRIC

1. Què és el càncer

Càncer és la paraula que s'utilitza per a definir un grup de malalties que poden afectar a totes les parts de l'organisme. Alhora, també, es pot anomenar neoplàsia maligna o tumor maligne. (1,2)

El cos forma constantment cèl·lules noves perquè les necessita per a substituir les velles que moren. Si aquest procés no se segueix correctament, creixen cèl·lules addicionals i innecessàries que acaben perdent la capacitat de resposta als controls anormals de creixement. Així doncs, la seva proliferació segueix. Aquest procediment en el cas del càncer s'anomena carcinogènesi. (3)

Per tant, el càncer es defineix per la multiplicació incontrolable de cèl·lules malignes que s'estenen més enllà dels seus límits habituals, podent arribar a escampar-se per diferents llocs del cos o disseminant-se pels teixits més propers: el que es coneix com a metàstasi. Les cèl·lules cancerígenes apareixen quan hi ha una anomalia en el procés de formació i multiplicació de les cèl·lules humanes (divisió cel·lular). Les alteracions, que tenen lloc en l'ADN, donen com a resultat la pèrdua de la funció de la cèl·lula i la seva malignitat. Perquè això no passi, el cos té mecanismes de control, com són els gens supressors de tumor, que són els encarregats de controlar la divisió cel·lular i provocar la mort de la cèl·lula en cas que fos necessari. El càncer es produeix quan aquestes mutacions de l'ADN activen els oncogens (gens que ajuden en el creixement, divisió i mantenir-se vives a les cèl·lules) i/o desactiven els gens supressors de tumors; i com a conseqüència hi ha aquest descontrol cel·lular. (1,2,4)

Les principals diferències entre les cèl·lules normals i les canceroses són les descrites a la Taula 1.

Taula 1: Diferències entre cèl·lules normals i cèl·lules cancerígenes

Cèl·lules normals	Cèl·lules cancerígenes
Es formen en rebre una senyal	Es formen sense rebre cap senyal.
Fan cas a les senyals per parar de dividir-se, de mort cel·lular o apoptosi.	No fan cas a les senyals per parar de multiplicar-se o per destruir-se.

Maduren per especialitzar-se i tenen una funció específica.	Creixen molt ràpid com per tenir temps de madurar i no tenen funcions específiques.
Deixen de multiplicar-se per no envair altres teixits i, la gran majoria, no es desplacen per altres espais de l'organisme.	Envaeixen cèl·lules properes i altres zones del cos.
No intervenen en la formació i creixement de vasos sanguinis.	Provoquen un creixement i formació de vasos sanguinis en la seva direcció perquè els aportin oxigen i nutrients i se'ls retiri les substàncies de rebuig. Poden fins i tot aprofitar-se de molècules que circulen pel cos i que les cèl·lules normals no agafarien.
Deixen que el sistema immunitari faci la funció corresponent.	S'amaguen del sistema immunitari perquè no les detecti.
Mantenen l'ADN.	Acostumen a fer grans canvis en l'ADN, fins i tot en el número de cromosomes de la cèl·lula.

Font: (1,5)

2. Etiologia del càncer

El càncer és una patologia genètica. Apareix quan hi ha un canvi en els gens controladors del funcionament, creixement, control i/o divisió de la cèl·lula. Aquestes mutacions genètiques poden ser hereditàries dels nostres progenitors o adquirir-se al llarg de la vida. (6)

En el cas que aquests canvis genètics siguin hereditaris, ja es troben presents a les cèl·lules germinatives (òvuls i/o espermatozoides). Aquestes modificacions s'anomenen canvis de l'estirp germinal i es troben en cada una de les cèl·lules de la descendència. Es coneix que fins a un 10% dels càncers poden ser deguts a l'herència genètica. A més a més, existeix la síndrome de càncer familiar. Aquesta síndrome és un trastorn on els membres d'una família tenen més possibilitats de patir neoplàsies malignes que altres degut a les variants genètiques que presenten. (6,7)

Una neoplàsia maligna, també, pot ésser causada per una mutació adquirida al llarg de la vida (somàtica), com són entre el 90-95% dels casos. És a dir,

s'origina a una cèl·lula i la resta de cèl·lules procedent d'aquesta també l'adquireixen, però no es troba present a les cèl·lules germinals i, per tant, no serà transmesa a les següents generacions. (4,7) Aquests canvis poden estar influïts per tres factors externs o bé per errors aleatoris en el nostre ADN que succeeixen a mesura que les cèl·lules es multipliquen. Si es tracta de factors externs, n'hi ha de tres tipus. El primer tipus són agents cancerígens físics, com podrien ser les radiacions. El segon, agents cancerígens químics, alguns exemples serien el fum, el tabac, aigües contaminades... I el tercer, agents cancerígens biològics, com serien alguns virus, paràsits, bacteries... S'ha vist que la incidència del càncer augmenta amb l'edat degut a l'exposició d'aquests agents al llarg dels anys i, a més a més, se li suma la pèrdua d'eficàcia dels mecanismes reparadors de les cèl·lules. (2)

3. Classificació del càncer

3.1 Estadificació del càncer

És important conèixer el tipus, la quantitat, la ubicació i l'extensió del càncer. Segons aquestes dades, els professionals decideixen optar per un tractament o altre. Per tant, l'estadificació es defineix com el procés de descoberta de quant càncer hi ha a l'organisme i quant s'ha propagat. Segons els resultats obtinguts, els professionals el classifiquen en l'etapa corresponent (estadi). Aquesta forma de classificació és útil en la gran majoria de tipus, però no en tot (per exemple, la leucèmia). (8)

Aquests estadis també són útils per intentar preveure la possible progressió que tindrà el tumor maligne i el tipus de tractament que pot ser més eficaç.

Abans de poder-se estadificar, calen fer proves i estudis. A l'hora d'estudiar-lo, es trien les proves més adequades:

- Examen físic: per crear una idea general de la seva magnitud. Es pot fer depenent de la seva ubicació i tipus.

- Estudis per imatges: radiografies, ressonància magnètica, ecografies, tomografies computeritzades, imatges per ressonància magnètica... ens informen de la quantitat i localització de la massa maligna.
- Proves endoscòpiques: sovint, s'utilitzen per a la confirmació de l'existència de càncer.
- Biòpsia: és la prova confirmatòria i diagnòstica per excel·lència. Consisteix en l'extracció de teixit tumoral per analitzar i conèixer de què està compost.
- Proves de laboratori: analítiques sanguínies, punció lumbar, anàlisi d'orina...

L'estadi del càncer, generalment, es determina quan s'ha diagnosticat la malaltia, però a vegades es torna a classificar:

- Estadificació clínica: s'estima l'extensió de la massa maligne basant-se en els resultats de les proves (exàmens mèdics, proves de laboratori, biòpsies, estudis per imatges...). Aquesta etapa és important a l'hora de decidir el millor tractament i preveure el pronòstic.(8)
- Estadificació patològica: en cas que el primer tractament sigui la cirurgia, el professionals poden basar-se en això per a decidir l'estadi conjuntament amb el resultat de les proves fetes abans de la intervenció. L'etapa patològica és més precisa que la clínica.(8)
- Estadificació de teràpia post-neoadjudant o etapa postterapèutica: es refereix en els casos que el tractament no inicial no es basa en cirurgia. El seu objectiu és reduir la massa tumoral, i després si és necessari extirpar-lo amb cirurgia. L'estadificació es pot fer després d'aplicar el primer tractament.(8)
- Estadificació de recurrència o reestadificació: en cas de recurrència de la malaltia o d'evolució, s'ha de tornar a avaluar (sovint es tornen a cursar

les proves). La seva informació és important perquè serveixen de guia per a les decisions posteriors. (8)

3.2 Sistema tumor, node i metàstasis

El sistema tumor, node i metàstasis, més conegut com a TNM, va ser creat per l'AJCC (American Joint Committee on Cancer) i el UICC (International Union for Cancer Control) com a recurs per a poder determinar l'etapa en els diferents tipus de tumors malignes, com s'explica a la Taula 2.

Taula 2: Descripció del sistema TNM

T: tumor original o primari
TX: sense informació del tumor primari o no va ser possible la seva anàlisi
T0: sense evidència/localització del tumor primari
Tis (in situ o precàncer): cèl·lules malignes en reproducció a la capa superficial del teixit, sense invasió dels teixits profunds.
T1-T4: descriuen la mida, ubicació i extensió de la massa maligne. Com major és el número, major és el tumor.
N: nombre de nòduls o ganglis limfàtics cancerosos
NX: sense informació dels ganglis limfàtics o sense possibilitat d'analitzar-los.
N0: ganglis limfàtics propers sense contingut cancerigen.
N1-N3: descriuen la mida, ubicació i extensió de contingut cancerigen en els ganglis limfàtics. Com major és el número, major és la propagació.
M: metàstasis
M0: sense metàstasis
M1 :hi ha propagació cap a altres teixits i/o òrgans distants al càncer primari.

Font: (8,9)

A més a més, es poden afegir dades addicionals. Per exemple, a l'inici es pot posar la lletra C referint-se a l'etapa clínica o la lletra P, a la patològica.

3.3 Classificació segons el lloc i/o tipus de teixit

Segons la classificació que en fa l'hospital Clínic de Barcelona conjuntament amb la Universitat de Barcelona (UB) (10):

- Carcinoma: és el més comú. S'origina a les cèl·lules epitelials (les que cobreixen la pell i superfícies internes). Si el teixit afectat té funció secretora s'anomena adenocarcinoma; si no té funció glandular, carcinoma de cèl·lules escamoses o carcinoma epidermoide.
- Sarcoma: són els formats en els ossos i teixits tous (músculs, teixit adipós, vasos sanguinis i limfàtics, tendons, lligaments...).
- Leucèmia: són els que es troben en els components de la sang i, per tant, es formen a la medul·la òssia. No són masses sòlides.
- Limfoma: té el seu origen als limfòcits (cèl·lules T o cèl·lules B).
- Mieloma múltiple: es forma a les cèl·lules plasmàtiques o altre tipus de cèl·lules immunitàries.
- Tumor cerebral i/o de la medul·la espinal: s'anomenen específicament segons el tipus de cèl·lula de què està compost i la seva localització dins el sistema nerviós central.

4. Epidemiologia i prevenció del càncer

4.1 Epidemiologia del càncer

Segons dades de la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) (11), des de fa anys s'ha vist i s'estima que els casos de càncer mundialment augmentin. L'any 2020 hi va haver 19.292.789 casos, i es preveu que per l'any 2040 en siguin 30.226.151. Tot i que des del 2020 els diagnosticats han disminuït (conseqüència de la pandèmia de la COVID-19), s'ha vist que no és que s'hagi reduït, sinó que el seu diagnòstic ha estat en fases més avançades perquè es van deixar de realitzar els cribratges. Els tumors més freqüents són el de mama, pulmó, colon i recte, pròstata i estómac (12).

A nivell espanyol, s'ha vist que s'ha estabilitzat el número de casos en homes (per la disminució de l'hàbit tabàquic en aquests), mentre que s'ha vist un

augment en el de dones (per l'inici d'aquest mateix hàbit en elles). Les masses malignes més comunes en les dones són els de mama i colon i recte; mentre que ens homes, pròstata, colon i recte, pulmó i bufeta urinària (11,13).

4.2 Prevenció del càncer

Tot i que sovint, les intervencions per a la prevenció del càncer són contradictòries entre diferents estudis, sí que se sap que les eleccions d'un estil de vida saludable ajuden a reduir les possibilitats de patir-ne (14). Segons dades de la OMS (2), entre el 30 i 50% dels càncers es poden evitar reduint els factors de risc i creant estratègies preventives.

L'hàbit tabàquic, incloent els fumadors passius, està relacionat amb molts tipus de neoplàsies malignes. Per tant, evitar-lo o no fer-ne consum és una prevenció important de les malalties oncològiques. Seguir una dieta saludable (consum de fruites i verdures, evitar l'alcohol, limitar els aliments processats...) també redueix la probabilitat de desenvolupar aquesta malaltia, que tot això està també molt relacionat amb la pràctica de l'exercici físic (30 minuts diaris, 150 minuts d'activitat aeròbica moderada setmanal...) i el manteniment del pes adequat. La protecció del sol (evitar les hores de sol més fortes, quedar-se a l'ombra, cobrir les àrees exposades, evitar les làmpades solars, utilitzar la crema/oli solar correcte...) és molt important perquè el càncer de pell és dels més comuns i alhora dels més previsibles. Hi ha algunes infeccions (hepatitis B, virus del papil·loma humà...) que poden desencadenar càncer, és per això que es recomana la seva corresponent vacunació per evitar-ho, i alhora residir comportaments de risc (mantenir relacions sexuals sense protecció, compartir agulles...) per evitar la seva transmissió (14,15). La OMS afegeix, fer un ús segur i adequat de l'atenció sanitària per a fins diagnòstiques i terapèutiques i reduir l'exposició a la contaminació, sobretot a l'aire. (2) A més a més, es recomana a la població adulta fer-se la prova de detecció del virus de l'hepatitis C, que a llarg termini pot provocar càncer hepàtic (16). L'hospital Clínic de Barcelona explica que prioritzar la lactància materna és un factor protector del càncer de mama, alhora que ho és reduir o controlar la teràpia hormonal substitutiva (THS) (17).

5. Detecció i tractament del càncer

Com bé explica la OMS (2), si el càncer és detectat i tractat a temps, la seva mortalitat es pot reduir. Per això són important un diagnòstic precoç i els cribratges.

El diagnòstic precoç fa referència a quan és detectat en una fase inicial i això comporta que augmentin les probabilitats de resposta al tractament, així doncs, augmentant la possibilitat de supervivència. Però perquè això sigui possible, es necessita el coneixement dels seus signes i símptomes inicials, que es tingui accés a l'atenció sanitària per a la seva avaluació i diagnòstic i la seva correcta derivació als serveis de tractament (sense trobar-hi obstacles o retards).

El cribratge detecta anomalies en un tipus de teixit o zona corporal concret. Es realitza amb la finalitat d'identificar un tipus de càncer concret o la seva lesió precancerosa el més aviat possible sense que encara es manifesti de forma clínica. Per a seleccionar a les persones que se'ls farà, és necessari abans conèixer els factors de risc i les edats més probables de desenvolupar-lo per evitar falsos positius i falsos negatius (al detectar anomalies que poden ser canceroses o no, cal considerar la seva fiabilitat i percentatge d'errors).

Les proves dels biomarcadors busquen gens, proteïnes o altres substàncies (conegudes com a biomarcadors o marcadors tumorals) que proporcionen informació sobre el càncer, en cas que hi hagi un diagnòstic de càncer. Cada persona té un patró de biomarcadors únic. Segons els seus resultats, es determinarà el tractament a seguir, ja que depenent de quins biomarcadors surtin s'ha de seguir un pla terapèutic o un altre (18).

Tractament:

L'objectiu del tractament és erradicar el càncer, de forma que es pugui tornar a les expectatives de vida normal. Ara bé, no sempre és així, pel que hi ha diferents tipus de tractament segons la seva finalitat. El primari, té com a objectiu l'extirpació de la massa tumoral i la destrucció total de les cèl·lules malignes. El tractament adjuvant té com a propòsit la destrucció de la resta de cèl·lules canceroses que no s'han aconseguit eliminar amb el tractament

primari per a reduir el risc de reaparició. El tractament pal·liatiu ajuda a reduir i/o millorar els efectes adversos dels altres tipus de tractament pel càncer o la seva clínica (19).

El tipus de tractament que s'aplica depèn de diferents factors, alguns dels quals poden fer el tipus, la localització, l'estadi o els resultats de les proves dels biomarcadors; i alhora de la salut de persona patidora de la malaltia oncològica i les seves preferències. A vegades amb un tipus de tractament és suficient i d'altres se'n combinen de diferents. Les opcions més comunes són les següents (19,20):

- Cirurgia. Es realitza amb la finalitat d'extirpar el màxim possible el tumor maligne. És un tractament local. Es pot realitzar de diferents formes: làser, tradicional (bisturí), criocirurgia, per teràpia fotodinàmica, cirurgia oberta, cirurgia mínimament invasiva... Generalment, funciona millor en tumors sòlids. Es pot fer en diferents finalitat: com a tractament primari, pal·liatiu o debulking (s'extirpa una part del tumor perquè altres tractaments funcionin millor). La seva realització comporta diferents riscos i efectes adversos.
- Quimioteràpia. N'hi ha de diferents tipus i la majoria amb efectes secundaris rellevants. Són fàrmacs que s'utilitzen per a destruir les cèl·lules canceroses, tot i que es poden utilitzar per a tractar-lo intentant curar la malaltia o per reduir els signes i símptomes que provoca la patologia. La freqüència en què s'administra varia segons del tipus de tumor, el seu estadi, el ritme de creixement... Es pot administrar de diferents formes: oral, intravenosa, intraarterial, intratecal...
- Radioteràpia. Mitjançant energia d'alta potència (altes dosis de radiació) destrueix cèl·lules canceroses. Es pot fer interna (braquiteràpia) o externa al cos (amb feix extern). Es pot administrar amb diferents finalitats: com a tractament pal·liatiu, adjuvant o primari. Al llarg de la vida de la persona, hi ha un límit sobre la quantitat de radiació que l'organisme pot aguantar.
- Transplantament de medul·la òssia o cèl·lules mare. No acostumen a funcionar com a tractament, sinó que ajuden a recuperar la capacitat de

l'organisme per a produir cèl·lules mare, però en alguns tipus de càncer, com en el mieloma múltiple o la leucèmia si que actuen directament contra el càncer. Les cèl·lules trasplantades poden ser de la pròpia persona (autòleg) o d'un donant (singènic si provenen d'un bessó idèntic i al·logènic si és d'altres persones). S'utilitza amb dues finalitats diferents; la primera, a nivell mèdic, permet utilitzar dosis més altes de quimioteràpia i/o radioteràpia; l'altre té com a fi la substitució de la medul·la òssia afectada pel càncer. Pot causar efectes secundaris importants (malaltia de l'empelt contra l'hoste).

- Immunoteràpia o teràpia biològica. S'utilitza el sistema immunològic de la persona per a combatre la malaltia, fent que el reconegui com a amenaça i l'ataqui. N'hi ha de diferents tipus: inhibidors del punt de control immunitari fan que les cèl·lules immunitàries responguin amb més força al tumor maligne; la teràpia de transferència de cèl·lules T o teràpia cel·lular adoptiva modifica i augmenta la capacitat natural de les cèl·lules T de l'organisme; els anticossos monoclonals o anticossos terapèutics maquen les cèl·lules de la massa maligna perquè els sistema immunitari les identifiqui i puguin ser destruïdes; les vacunes de tractament fan que augmenta la resposta del sistema immunitari contra el càncer mitjançant l'administració d'antígens associats al tumor; els modulars del sistema immunitari milloren la resposta protectora del cos contra el càncer. Es poden administrar via intravenosa, oral, tòpica i intervesial.
- Teràpia hormonal. Alguns tumors es veuen potenciats per hormones de l'organisme. N'hi ha de dos tipus: la primera, bloqueja la capacitat del cos per a produir-les; l'altre, interfereix amb el comportament de les hormones a l'organisme. S'utilitza per a reduir el tumor abans d'aplicar-hi un altre tractament, com a teràpia adjuvant o com a tractament primari (destrucció de les cèl·lules canceroses). S'administra en via oral, injecció muscular, injecció subcutània o cirurgia (extirpació de l'òrgan productor de l'hormona).

- Crioablació. Amb l'ajuda de la criosonda es destrueixen cèl·lules canceroses amb la fred, congelant el teixit cancerós. Aquest procés es repeteix diverses vegades (congelació-descongelació).
- Ablació per radiofreqüència. Mitjançant energia elèctrica d'alta freqüència transmesa per una agulla al tumor, es transmet calor a les cèl·lules malignes per a la seva eliminació.
- Hipertèrmia, teràpia tèrmica, ablació tèrmica o termoteràpia. S'escalfa el cos fins a temperatures superiors a les normal per ajudar a danyar i eliminar les cèl·lules canceroses. La calor es pot crear mitjançant sondes que produeixen energia a partir de microones, làsers, perfusió amb líquids infiltrats a altes temperatures, ecografies i cambres calentes. S'utilitza per a tractar tumors malignes en fases avançades i juntament amb altres tractaments com la radioteràpia o la quimioteràpia. Es pot aplicar a nivell local (intersticial, intraluminal, endocavitària, intersticial...), a nivell regional (perfusió regional, peritoneal, tècniques de teixit profund...) o en el cos sencer.
- Assajos clínics. Són estudis d'investigació de noves formes de tractament de les malalties oncològiques.
- Tractament farmacològic dirigit. Són específics per a cèl·lules canceroses amb anomalies que presenten resistència a altres tractaments.

6. Atenció centrada en la persona

El model d'atenció centrada en la persona (ACP) intenta prestar la millor atenció a la persona de forma holística. Està basat en l'acompanyament, el donar suport i que la persona i la gent del seu entorn i de confiança siguin participants actius de les preses de decisions; tot centrat en les vessants psicològiques, físiques i socials (21). D'aquesta forma, destaquen els conceptes de individualitat, personalitat i singularitat. La primera com, a referència de les diferències entre nosaltres, la unicitat de cada un en els gustos, desitjos, necessitats...La personalitat és el que engloba les esferes de

la persona, dona aquesta visió holística d'ella, de les intervencions i implicacions dels individus del seu voltant. La singularitat reforça la idea de la persona com a ésser únic que necessita una atenció única i personalitzada segons les necessitats d'aquella persona concreta (22).

Els objectius dels professionals de la salut en aquest model són promocionar l'autonomia de la persona, apoderant-la perquè pugui manejar el seu entorn, la seva salut i la seva vida quotidiana. Per això, es potencien les seves capacitats i fortaleces, sempre tenint en compte el seu projecte de vida i, alhora, garantint la seva seguretat, benestar, drets, dignitat, opinió... (21). Perquè tot això sigui possible, el professional sanitari ha d'establir una correcta relació terapèutica i comunicar-se amb la persona per a facilitar-li tota la informació, el coneixement i les opcions perquè pugui prendre una decisió segons els seus valors i creences (22).

7. Humanització sanitària

En l'assistència sanitària, el procés d'humanitzar atén a la dignitat de la persona, d'acord als seus valors i principis. La humanització de l'atenció sanitària intenta oferir cures integrals centrades en la persona. No només busca la part tècnica de la malaltia, sinó que contempla a la persona com a tal, intentant cobrir les seves necessitats físiques, psíquiques, emocionals i socials, tenint en compte les persones del seu entorn i els professionals sanitaris com a part essencial de les seves cures (23). Per tant, es tracta de l'aplicació del model d'atenció centrat en la persona a la pràctica infermera, així doncs, les habilitats per a combinar els aspectes professionals i tècnics amb la capacitat de relació amb les persones. Pel que s'involucra la qualitat dels serveis amb l'humanisme ofert (cuidatges humans, familiars, cordials segons la situació, d'acord amb els seus valors, principis i creences...) (24,25).

7.1 Característiques de les cures humanitzades

Segons Bermejo, el director del Centre de San Camilo i del Centre d'Humanització de la Salut de Madrid, ha nombrat els valors que els

professionals d'infermeria haurien de tenir per a poder aplicar cures humanitzades (26):

- Empatia. Tenir la capacitat d'adoptar el punt de vista de la persona i el seu marc de referència i d'aquesta forma entendre l'impacte que té sobre d'ella, comprendre'l i fer-li experimentar la comprensió percebuda.
- Autenticitat i congruència. Relacionar el que som per dins com a persones i el que mostrem i practiquem com a infermeres i infermers.
- Respecte. Valoració de la dignitat de la persona. Pot ajudar a esbrinar els seu valor i prendre mesures per no afectar-los.
- Comprensió. Entendre què passa a la persona segons la seva perspectiva.
- Solidaritat. Ser-ho amb qui pateix, les institucions, la millora de la salut... amb professionalitat.
- Tolerància. No prendre actituds selectives ni marginació davant de qualsevol circumstància.
- Altruisme. Actuar en benefici de la persona incondicionalment, sempre.
- Moderació. Saber mesurar la intensitat de les activitats sanitàries i conèixer quan cal ajornar-les.
- Equitat. Sense preferències en la labor, al no ser que hi hagi una causa justificada. Acceptar la importància de tothom per igual.
- No violència. No recórrer a actes violents en cap situació.

8. Cures infermeres a persones amb malaltia oncològica

Les responsabilitats, funcions i rols de la infermeria oncològica ha canviat ràpidament al llarg dels últims anys. Anteriorment, es tractava d'infermeria general que donava confort a la persona; i actualment es fan pràctiques més avançades: procediments invasius, proves i interpretacions diagnòstiques, cribratge... Pel que s'ha vist que la infermera té un paper clau, ja no només des de l'atenció clínica, sinó també en la part d'investigació (27).

Tot i que sovint es minimitza, oferir una atenció integral, centrada en la persona i amb una bona comunicació són les claus per a una bona pràctica infermera, d'aquesta forma s'empodera a la persona perquè es faci càrrec de la seva pròpia salut. Però si ens centrem a nivell mundial, hi ha moltes desigualtats en l'atenció infermera oncològica. Tot i així, la professió d'infermeria es veu involucrada des de la prevenció fins a la supervivència o el final de la vida, i tenint en compte les conseqüències físiques, emocionals, psicològiques, espirituals i social que pot comportar (28).

Un dels rols que té infermeria és l'avaluació de la vulnerabilitat de la persona i la seva família perquè, sovint, el càncer ve acompanyat de reptes com l'amenaça de la identitat i l'estigma. Per això, s'ha d'anar avaluant al llarg que evoluciona la malaltia i si fa falta, proporcionar atenció espiritual, emocional i psicològica en un context holístic(28).

Una de les característiques necessàries és l'habilitat de comunicar-se amb llenguatge verbal i no verbal. És el mitjà bàsic per aconseguir l'atenció centrada en la persona, però també per a poder-se informar correctament amb la resta de l'equip professional. Acostumen a parlar de forma honesta i sensible, però també reconeixent el que és correcte per aquella persona i el seu entorn, ja que vivim en un planeta amb gran diversitat cultural (28,29).

Encara que no sigui visible del tot a l'àmbit hospitalari oncològic, infermeria ja té un paper important anteriorment al diagnòstic de la malaltia: fa prevenció i detecció precoç del càncer (28).

Una vegada el càncer ha estat diagnosticat, infermeria té un rol important en el seu tractament (des de l'administració del tractament, al suport psicosocial, el control de signes i símptomes...), alguns exemples queden explicats a continuació. Quan parlem de la cirurgia, ja té un rol important en la preparació del preoperatori (informant, preparant, donar medicació necessària...) i, també el té, en el postoperatori, ja que es percep la operació com un canvi en la vida. Si és radioteràpia, s'inclou l'avaluació prèvia al tractament, la coordinació de l'atenció. L'avaluació i la gestió dels símptomes; sense oblidar l'educació i el suport que s'ofereix a la persona i la seva família(28).

No cal oblidar l'atenció de suport que s'ofereix. És el rol que es té en la prevenció i gestió de símptomes físic i psicològics i els efectes secundaris que la malaltia i el tractament poden causar. Aquesta atenció s'ha vist que té efectes de millora en la rehabilitació, la prevenció secundària, la supervivència i l'atenció al final de vida. Es pot oferir presencialment o no (trucades telefòniques, videotrucades...) (28).

La supervivència del càncer s'inicia des del seu diagnòstic i dura la resta de la vida. La necessitat no satisfeta després de superar un tumor maligne és la seva recurrència. S'ha vist que cal fer un enfocament important a aquesta por. Per això, des d'un inici s'intenta assessorar a la persona per al seu empoderament. S'ha vist que això és eficaç a millorar el control d'aquesta necessitat alterada que sorgeix després d'haver superat un càncer (28).

Finalment, quan no es pot curar el càncer, s'apliquen cures pal·liatives. Infermeria hi té un rol importantíssim: tenen control dels signes i símptomes que la persona pateix i donen un suport holístic mitjançant habilitats de la comunicació, suport psicosocial, assistència en la presa de decisions i la gestió de la medicina. Si es fan correctament, s'aconsegueix evitar noves hospitalitzacions innecessàries que comporta una millora en la qualitat de l'atenció (28).

OBJECTIUS

Objectiu general

Identificar les cures infermeres humanitzades i centrades en la persona en l'especialitat d'oncologia per a poder dur a terme una bona pràctica.

Objectius específics

- Esbrinar la repercussió que tenen les cures humanitzades en la qualitat de l'atenció a la persona amb malaltia oncològica i què es necessita per aconseguir-les.
- Conèixer l'impacte de la humanització de les cures infermeres en les persones patidores de malaltia oncològica.

MATERIAL I MÈTODES

La metodologia utilitzada ha estat una revisió bibliogràfica. S'ha duta a terme entre els mesos de gener i març de 2023 ha estat una anàlisi i cerca a les bases de dades Scielo, Medline PUBMED, Cochrane Library, Science Direct, BioMed central i Web of Science. La cerca s'ha elaborat de forma exhaustiva, escollint les publicacions científiques elaborades entre els anys 2018 i 2023 i analitzant-les per tal de seleccionar la informació més rellevant.

Per a l'obtenció de resultats s'han usat els termes claus següents en llengua anglesa conjuntament amb l'operador booleà AND per tal de fer la recerca més efectiva: *oncology, cancer, nurse, nursing, humanization, humanization of care, humanized* i *patient-centered care*.

La informació que s'ha extret de cada article ha estat per a resoldre els objectius. S'han analitzat elements que caracteritzen l'atenció centrada en la persona que pateix malaltia oncològica i les conseqüències en relació als beneficis i l'impacte que aporten.

S'han establert uns criteris d'inclusió i d'exclusió per a facilitar la recerca bibliogràfica i focalitzar-la més a l'objectiu:

Criteris d'inclusió

- Evidència publicada en els últims 5 anys, és a dir, entre el 2018 i 2023.
- Evidència publicada en llengua castellana i/o anglesa.
- Evidència centrada en el rol d'infermeria amb persones que pateixen càncer i el model centrat en la persona o humanització de l'atenció.
- Evidència centrada en l'atenció a persones adultes de qualsevol rang edat.
- Evidència amb qualsevol metodologia d'estudi amb independència del tipus de disseny que tracti els objectius d'aquesta revisió bibliogràfica.

Criteris d'exclusió

- Evidència que no tingui relació amb l'oncologia i el rol d'infermeria des d'una perspectiva humanitzada o del model centrat en la persona.
- Evidència centrada en l'atenció a infants o adolescents com a subjectes d'estudi.
- Evidència no relacionada amb els objectius d'aquesta revisió bibliogràfica.
- Publicacions orientades únicament a la professió mèdica.
- Publicacions de lectura restringida o d'accés de pagament.
- Evidència que incompleixi els criteris d'inclusió anomenats anteriorment.

Algoritme de cerca

A continuació s'especifica com s'ha dut a terme la cerca bibliogràfica en cada una de les bases de dades consultades. S'han seleccionat un total de 10 articles.

Tot i això, cal remarcar que les publicacions trobades a BioMed Centra i Web of Science no han resultat rellevants per aquest treball perquè no feien referència a les cures humanitzades i/o centrades en la persona que pateix una malaltia oncològica, sinó que se centraven en el tractament o les tècniques que requeria la seva atenció.

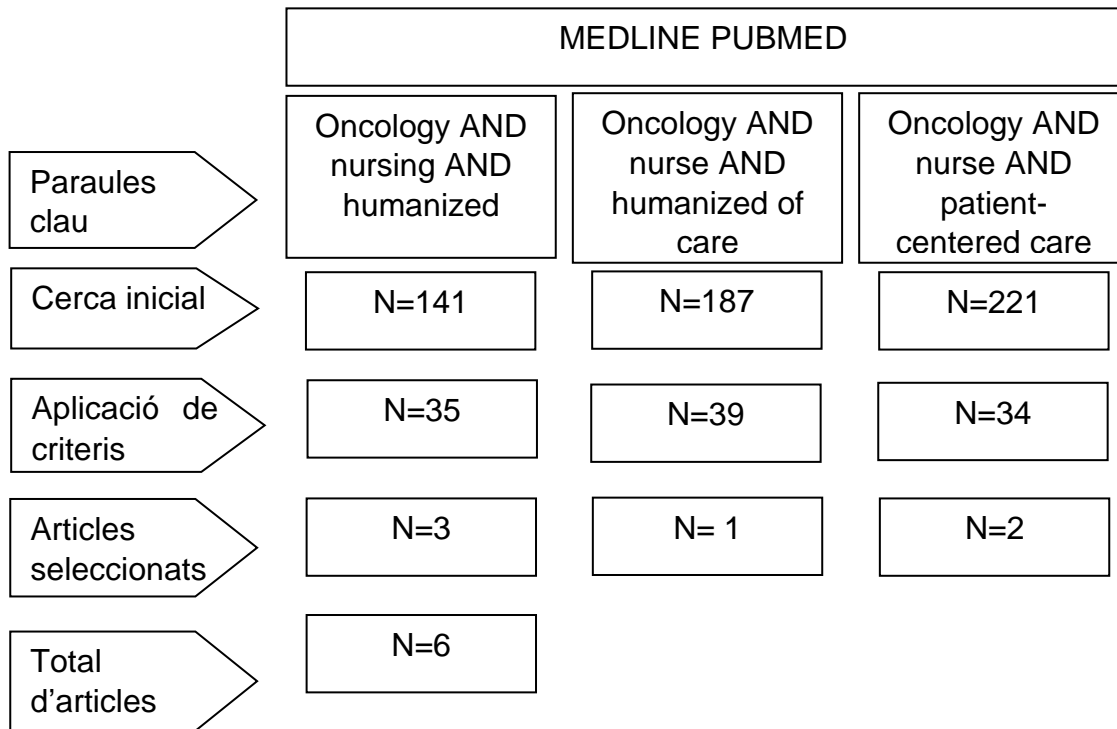


Figura 1: Algoritme de cerca bibliogràfica a la base de dades Medline Pubmed.

Font: Elaboració pròpia.

A la cerca feta a la base de dades Medline Pubmed s'han utilitzat les paraules clau "oncology", "nursing", "nurse", "humanized", "humanized of care" i "patient-centered care", juntament amb l'operador booleà AND. Es van aplicar els filtres "publication dates – 5 years" i "text availability - free full text". Seguidament, es van llegir els títols i els abstracts i es van seleccionar els interessats.

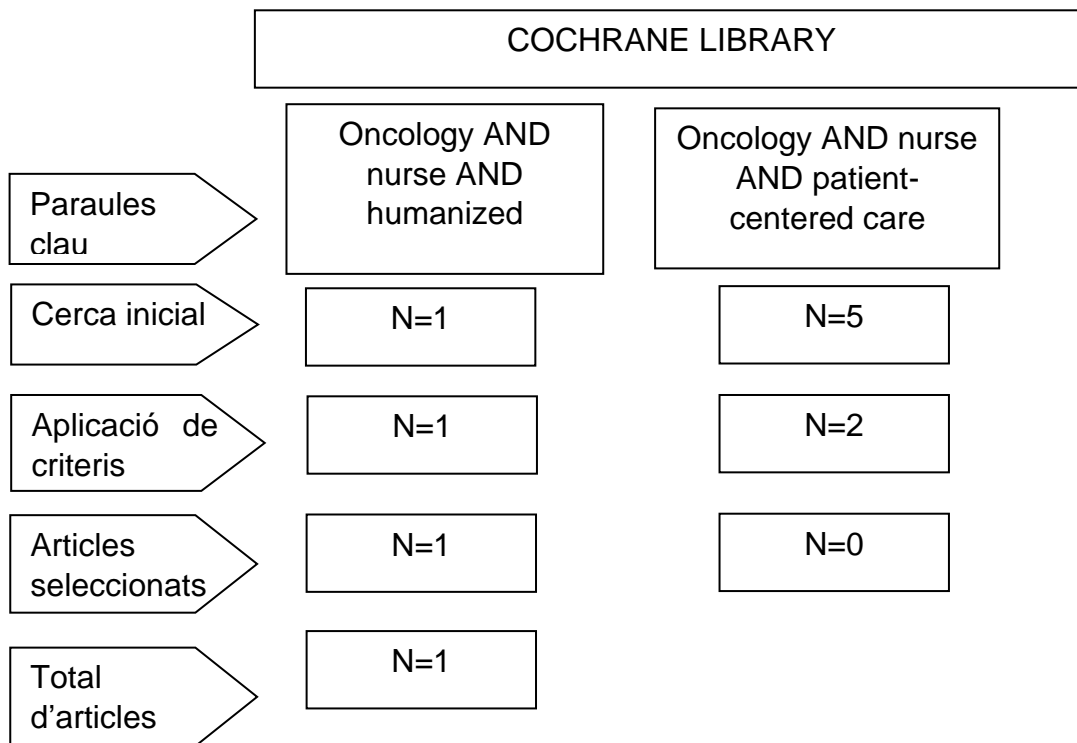


Figura 2: Algoritme de cerca bibliogràfica a la base de dades Cochrane Library.

Font: Elaboració pròpia.

A la cerca realitzada a la Cochrane Library es van utilitzar les paraules clau “oncology”, “nurse”, “humanized” i “patient-centered care” amb l’operador booleà AND. Es van aplicar els filtres “custom range: 2018-2023” i “language: English”. Seguidament, s’han llegit els títols i abstracts i es van seleccionar els interessats.

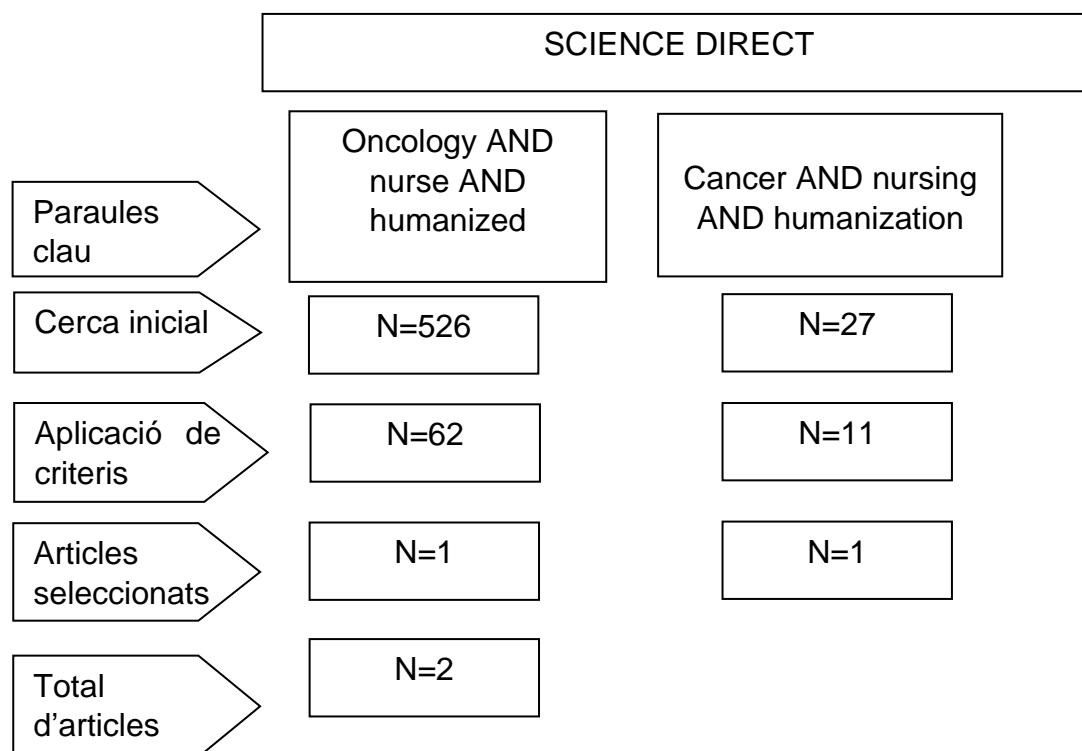


Figura 3: Algoritme de cerca bibliogràfica a la base de dades Science Direct.

Font: Elaboració pròpia.

A la base de dades Science Direct, la cerca es va fer amb les paraules clau “oncology”, “nurse”, “nursing”, “humanized” i “humanization” amb l’operador booleà AND. Es van aplicar els filtres següents “years: 2023, 2022, 2021, 2020, 2019, 2018” i “open access & open archive”.

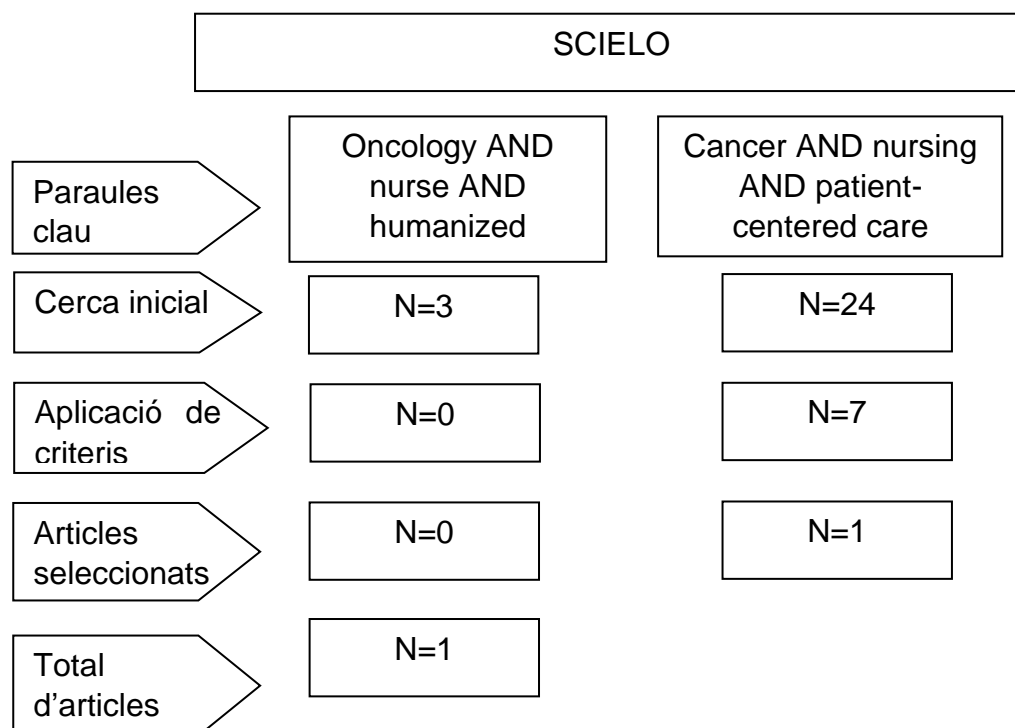


Figura 4: Algoritme de cerca bibliogràfica a la base de dades Scielo.

Font: Elaboració pròpia.

A la cerca d'articles duta a terme a la base de dades Scielo han estat utilitzades les paraules clau "oncology", "cancer", "nurse", "nursing", "humanized" i "patient-centered care" amb l'operador booleà AND. Es van aplicar els següents filtres: "idioma: español e inglés", "año de publicación: 2022,2021,2020,2019,2018", "SciELO áreas temáticas: ciencias de la salud" i "WoS áreas temáticas: enfermería".

RESULTATS

S'han identificat 10 articles. Cada un dels articles s'ha explicat juntament amb la informació rellevant per aquesta revisió bibliogràfica en apartats individualment i s'ha resumit a la Taula 3.

1. **Young AM et al.**(28) Explica des d'un inici la importància del model centrat en la persona i no en la malaltia, permetent així empoderar a la persona perquè es faci càrrec de la seva pròpia salut. Ens parla de l'efecte que pot tenir una malaltia en el benestar físic, emocional, psicològic, espiritual i social i que per això el diagnòstic i procés de la malaltia ha de ser personalitzat. Però perquè tot això sigui possible es necessiten infermeres especialitzades educades i formades, que sàpiguen considerar les necessitats, desitjos, preferències, comportament, sentiments, percepcions i comprensió de les persones segons la seva cultura i cures que necessiten en un context holístic. I també, que sàpiga avaluar la vulnerabilitat de la persona i la seva família davant les amenaces que acompanyen a la malaltia diagnosticada.

També esmenta que amb l'ajuda de la tecnologia, tot i a vegades plantejar-se com una barrera, també ha ajudat a facilitar l'autocura i la comunicació. Intervencions de suport telefòniques semblen alleujar símptomes depressius, ansietat, fatiga i angoixa emocional.

Segons els autors, tenir unes bones habilitats de comunicació són el mitjà bàsic per aconseguir una atenció centrada en la persona. Mitjançant la comunicació verbal i no verbal es pot transmetre millor la informació, que sovint en aquest àmbit té una gran càrrega emocional. Afirma que una comunicació eficaç i individualitzada pot afectar directament als resultats de la persona.

Un altre punt important que remarquen a l'article és l'atenció del suport com a prevenció i gestió de símptomes físics i psicològics. S'ha vist que la seva implementació millora la rehabilitació, la prevenció secundària de càncer, la supervivència i l'atenció al final de vida.

2. **Prip A et al.**(30) Se centren en l'atenció ambulatoria. Afirmen que la qualitat de la comunicació que tenen els professionals de la salut amb les persones influeix en la qualitat de l'atenció i la capacitat de viure amb el càncer. Per això identifiquen els tres eixos principals de la comunicació en aquest àmbit: la comunicació centrada en el tractament, l'eficient i l'espacial.

La comunicació centrada en el tractament era més tècnica, ja que parlava de la medicació i els seus efectes. Intervenien més infermeres i la persona només escoltava i/o feia preguntes. En aquest moment es va observar que a vegades es donava més importància al tractament i la seva correcta administració que al diàleg amb la persona i cobrir les seves necessitats; poques vegades exploraven les preocupacions de les persones o resolien les seves preguntes existencials.

La comunicació eficient es tractava d'interaccions breus, però eficients: preguntaven sobre el seu estat des de l'última administració de tractament, acompanyaven a la persona a la sala anomenant-la pel seu nom, s'asseguraven que entenien la informació que se'ls proporcionava... Les persones utilitzaven una comunicació directa i entenedora, i sovint acompanyada de llenguatge no verbal.

La comunicació limitada espacialment es refereix a la que es veu influïda per l'entorn clínic. Les persones tractades a sales grans amb més gent rebien una atenció deficient per a converses sensibles; per això, sempre que les persones podien, triaven entorns més petits i on es podien garantir la confidencialitat. Això dificultava poder parlar de problemes existencials, psicosocials i sexuals que neguitejava a les persones; tot i que les infermeres havien trobat solucions per això: apropant-se a la persona, parlar amb un to de veu més baix i ampliant la seva veu, posar l'esquena d'escut... mitjançant l'ús del seu cos com a mitjà per crear un espai més privat.

Tot i això, en l'entorn ambulatori del tractament de càncer es va veure com majoritàriament la manca de privades, d'habilitats de comunicació i el temps restringit dificultaven la humanització de les cures i l'atenció i se centraven principalment en el tractament i els seus efectes, oblidant aspectes importants com les preocupacions existencials, psicosocials i sexuals.

3. Hermosilla-Ávila AE et al.(31) Està centrat sobretot en les cures amb càncer avançat a les persones patidores de la malaltia i els seus familiars/acompanyants. Des d'un inici remarca la importància de les infermeres com a científiques i clíniques però alhora humanitàries i morals. Descriu la cura humanitzada com el saber escoltar i interpretar el que la persona transmet sempre des del respecte amb compromís ètic i mantenint la dignitat humana.

Per això en aquest estudi van preguntar sobre les cures humanitzades a les persones i van diferenciar tres temàtiques on necessitaven l'atenció infermera centrada en la persona.

La primera és la relació transpersonal, és a dir, una amb proximitat entre les persones i les infermeres, per a poder realitzar una exploració i valoració més profunda i personalitzada; i alhora generant connexions significatives (vincles per a poder estar en sintonia amb els canvis de la persona i la seva família), comunicatives (entendre i fer-se entendre) i amb disponibilitat (hi hagi la seva presència quan és necessari). Tot i això, explica que encara hi ha gran distància entre la persona i els professionals de la salut, el que genera una assistència reactiva i insuficient. Sobretot amb la disponibilitat i la comunicació, ja que durant l'hospitalització se senten coberts i fora dels centres sanitaris tenen la sensació d'abandonament quan s'han d'enfrontar a dificultats i crisis quotidianes a l'habitatge.

La segona, la satisfacció global de necessitats. On van classificar-les en tres grups. Les integrals o holístiques es referia a la relació entre l'equip d'infermeria, la persona i la seva família centrant-se en les necessitats escoltades, el context i les condicions de vida (l'alimentació, condicions físiques de l'habitatge, d'higiene...) que estaven generalment insatisfetes per diferents motius: falta de material, falta de recursos del sistema sanitari públic... Pel que fa a les necessitats familiars, fa referència a com els integrants poden patir canvis psicològics, socials, socioeconòmics i funcionals, ja que referien sentir l'obligació de respondre al rol social de solidaritat i protecció al familiar malalt. No estaven cobertes generalment perquè el centre i totes les prioritats eren la persona que patia càncer i sovint s'oblidava als familiars. La necessitat de

tractament, sovint comentava que per falta de recursos i temps del sistema sanitari, havien de buscar alternatives al tractament donat per l'equip de salut mentre esperaven la seva resposta (no era negligència, descuit o abandonament); tot i això, explica que els equips feien grans esforços per intentar complir amb el rol i tractar aquestes necessitats.

La tercera era la comprensió emocional. A mesura que la malaltia evoluciona, la persona i la seva família presenten diferents emocions, però n'hi ha que destaquen. La preocupació és una de les més interessants en les cures humanitzades, ja que referien que necessitaven sentir que hi havia una preocupació real per part d'infermeria. Per altra banda, hi havia l'empatia i l'acompanyament, una habilitat necessària per a aquesta humanització referida, pel fet que ajuda a experimentar i entendre la realitat de la malaltia.

Així doncs, aquest estudi descriu l'atenció humanitzada d'infermeria com una atenció integral que recolza les necessitats holístiques de les persones i els seus familiars com a cuidadors, incloent-hi la seva avaluació i tractament, no només físicament, sinó també tenint en compte les emocions i l'espiritualitat. Per això és necessari crear un vincle real i afectiu, mitjançant una confiança, comunicació i disponibilitat honesta. Perquè això passi, els professionals d'infermeria han de ser competents, que se centrin en la persona, que demostrin interès, confiança i empatia i siguin capaços d'establir vincles.

4. Moore PM et al.(32) Aquest article s'analitza com repercuteix la comunicació entre les persones i els professionals de la salut per a una atenció sanitària d'alta qualitat i més humanitzada. La comunicació eficaç aporta un benestar a les persones, influint en la taxa de recuperació, un bon control del dolor, un bon adheriment terapèutic i benestar psicològic.

Les persones que tenen càncer tenen més estrès psicològic i necessiten més suport emocional i social. Per això, es necessita que hi hagi un bon vincle per a una comunicació adequada des del moment del diagnòstic, pronòstic, tractament i evolució de la malaltia. Si hi ha una comunicació ineficaç, les persones es poden sentir ansioses (augmenta l'estrès i l'esgotament emocional), incertes i insatisfetes amb l'atenció donada; al que es relaciona

amb problemes de compliments del tractament. És per això que recomanen que els professionals d'infermeria tinguin autoconeixement, capacitat de reflexió i ganes d'aprendre, ja que es va veure que milloraven les tècniques comunicatives i no les empitjoraven com en el cas de l'estrès, la insatisfacció i l'esgotament laboral.

La majoria de les persones preferien una atenció centrada en la persona, però alhora de la comunicació de les notícies depenia culturalment. Per això era molt important entendre les necessitats individuals de cada persona.

5. **Alsbrook KE et al.**(33) En aquest article es parla de la funció de la infermera en la promoció de l'autodefensa de la persona que pateix càncer. L'autodefensa la defineix com proporcionar a les persones les habilitats que necessiten per a poder superar els reptes personals que es troben amb l'objectiu d'optimitzar el seu procés de malaltia perquè pugui mantenir les seves necessitats, valors i prioritats. Però perquè això sigui necessari, la persona ha d'haver identificat i definit les seves preferències i haver creat un vincle amb l'equip sanitari (aquest ha d'assegurar-se que aquest pla d'atenció s'adequa a les seves preferències). L'autodefensa és important perquè la persona pugui afrontar les dificultats que li posa el fet de patir càncer.

Aquesta autodefensa és molt important perquè es pugui rebre una atenció centrada en la persona, ja que facilita el reconeixement de les seves necessitats individuals i ajuden a integrar-les en l'atenció que reben. Això fa que es pugui respectar la seva autonomia i que hi hagi una resposta més ràpida i eficient als seus problemes de salut. D'altra forma, dificultaria entendre les seves necessitats, prioritats i valors, i no es podria donar una atenció tan humanitzada i personal.

Les persones amb minories racials i/o ètniques moltes vegades es troben amb obstacles addicionals: atenció sanitària d'alta qualitat, atenció sanitària culturalment sensible... el motiu del qual s'atribueix a prèvies experiències de discriminació i estigmatització. Per això, és molt important proporcionar en aquests casos una atenció individualitzada i ensenyar-los a defensar-se per si mateixos.

L'autodefensa es basa en la presa de decisions (informar de forma fiable a la persona i orientar-la perquè pugui prendre decisions), la comunicació eficaç amb l'equip de salut i que aquests responguin i comprenguin les seves prioritats i la força connectada amb les persones que li donen suport.

Així doncs, les infermeres són les responsables de promoure i ensenyar les habilitats de l'autodefensa, que alhora els ensenyen a promoure la seva salut i benestar. Faran que les prioritats de cada persona se situïn al capdavant de la seva atenció. Es comunicaran eficaçment les seves necessitats i expectatives, seran escoltades i s'aproparà cada vegada més a un pla de tractament i atenció individualitzats.

6. **Wang X et al.**(34) Aquest estudi se centra en els canvis hormonals que provoca una atenció infermera humanitzada en les persones que pateixen càncer de fetge després de la cirurgia. Es va veure que una atenció humanitzada millorava el compliment de les persones, la qualitat de vida i reduïa l'ansietat i la depressió; fent que tot plegat millorés el seu pronòstic.

Les reaccions psicològiques (ansietat, por, depressió...) en persones que pateixen càncer poden actuar causant estrès, el que provoca una estimulació al cos. Aquests efectes neuroendocrins fan que cèl·lules assassines i limfòcits T disminueixin i es redueixi la funció immune en les persones amb malaltia oncològica. La infermeria humanitzada (centrada en la persona) té un paper molt important en aquestes persones perquè ajuden a les persones a suportar la càrrega enorme a la qual s'enfronten, millorant el contingut hormonal.

En l'estudi es va veure com una atenció infermera centrada en la persona disminuïa els nivells de les hormones d'estrès i va demostrar que la qualitat de vida de persones era més alta que els que no havien rebut aquest tipus d'atenció. Els havien d'ajudar a reforçar l'autoconsciència, l'autoconfiança i els havien donat confort psicològic a si mateixos i a les seves famílies.

7. **Cepeda-Trujillo LM et al.**(35) En aquest article es descriu la funció d'infermeria per atendre a persones que pateixen càncer. Ho fan des de la

promoció de la salut de les persones i, també, l'ajuda que se'ls ha de proporcionar a l'hora d'enfrontar els canvis i reptes que la malaltia els planteja.

Es va demostrar que una atenció individualitzada centrada en la persona ajudava a la persona a adaptar una postura més optimista de la malaltia, tot i que a vegades podien sentir-se febles en realitzar les activitats de la vida diària, sentir por i preocupar-se per la seva evolució.

Tenir un diagnòstic d'infermeria en el procés assistencial permetia dur a terme intervencions personalitzades dirigides a eliminar, augmentar, disminuir o alterar estímuls que no ajudessin a la seva adaptació al nou estat de salut.

És per això, que a mesura que la malaltia avançava, es necessitava que l'equip de salut conegués la nova situació i interactués amb la persona de forma propera i prolongada, amb responsabilitat i competència, aconseguint una gestió oportuna, continuada i integral que beneficiés a les persones.

8. **Navarrete-Correa T et al.**(36) Des d'un inici, aquest article explica la importància del tracte ètic, digne i de qualitat que hauria de rebre cada persona dins l'entorn sanitari. Afirma que una relació humana i terapèutica entre les persones i els professionals de la salut és el centre de l'èxit del tractament per a una malaltia o procés de salut.

Els autors expliquen que la tecnologia ha contribuït a una millor gestió de la salut, però alhora hi ha persones que senten que l'atenció s'ha distanciat i se senten vulnerables perquè es perdia l'actitud humana. És per això que destaquen la importància de la humanització de la cura infermera, ja que aquesta relació entra la persona i el personal d'infermeria es caracteritza per la mutualitat i reciprocitat. Perquè això passi, es necessita la presència i el diàleg, ja que així s'augmenta la qualitat i la satisfacció de l'atenció i una millor resolució de les demandes (cobrint de forma integral les necessitats de la persona).

Després de realitzar l'estudi en centres hospitalaris on analitzaven les cures humanitzades, es va veure que hi havia una relació entre l'edat a l'hora de proporcionar cures humanitzades: com més edat més percepció d'atenció

humanitzada hi havia. Però es va veure que independentment del cas, oferir una atenció centrada en la persona permetia millorar la qualitat de vida de les persones perquè treballar amb sensibilització podia potenciar conductes positives. Alhora, s'explica que l'atenció humanitzada es basa en la interacció de la infermera i la persona, i perquè això passi es necessita voluntat i interès, tenint en compte l'ètica i els valors personals (valorant les característiques personals i de l'entorn) més enllà de l'assistència tècnica.

9. Atashzadeh-Shoorideh F et al.(37) Els autors destaquen des d'un inici el rol tan important que tenen els professionals d'infermeria en la cura de les persones que pateixen càncer, ja que respectant, comprenent, fer-los sentir actius en el seu procés de malaltia, tenir en compte les seves preferències, mantenint una comunicació efectiva i considerar-los com a igual té una millora en els resultats de la salut i aporta una gran qualitat assistencial (reduïx l'ansietat, millora el control del dolor, millora l'acceptació de la malaltia, millor presa de decisions...). Tot i això, expliquen que moltes vegades no s'aconsegueix, i dóna lloc a que la persona se senti oblidada, devaluada i no tingui confiança amb l'equip.

En aquest estudi es van avaluar diferents categories: la bondat, l'empatia, la paciència, la confidencialitat i l'honestat. Els resultats van dir que una atenció humanitzada facilitava la comunicació entre la persona i la infermera. Les categories que es van analitzar van demostrar que eren necessàries per poder oferir aquest tipus d'atenció. La bondat es va manifestar amb el bon caràcter, la simpatia, l'amabilitat i el bon humor, que alhora van facilitar que hi hagués una bona comunicació. Pel que fa a l'empatia, s'atribuïa a un dels valors essencials de la infermeria i requeria una forma de comunicació més concreta que demostrés una comprensió de la condició de la persona, per això es va recomanar ensenyar a les infermeres mètodes de reflexió, autoconsciència i reducció de l'estrès per a poder ser eficaces en la comunicació amb la persona, sobretot amb aquelles amb qui era especialment complicat, com les que es trobaven en etapes terminals o de no acceptació de la malaltia. Respecte a la paciència, es referia a la forma de comprendre a les persones i poder reconèixer les seves preocupacions per ajudar-los a reduir l'ansietat i angoixa, i

ahora els símptomes. La confidencialitat, tot i ser una norma ètica, millorava la confiança entre la persona i la infermera, reduint danys psicosocials secundaris que es provocaven en cas de trencar-la. Finalment, pel que feia a l'honestedat, les persones volien que la comunicació i atenció estigués en equilibri entre la sensibilitat i l'optimisme, sobretot a l'hora de respondre preguntes difícils sobre els tractaments i l'evolució de la malaltia (fent-ho de forma adequada a la persona i al context); i així expliquen els autors que el respecte per la persona, mantenir la seva dignitat i el compromís amb la honestedat i lleialtat són considerats dels valors més importants de la professió d'infermeria.

Així doncs, tot i que la comunicació és el factor determinant per a una bona atenció infermera humanitzada, la qualitat d'aquesta juga un factor molt important. I és per això que la bondat, l'empatia, la paciència, la confidencialitat i l'honestedat són factors que ben utilitzats faciliten una atenció infermera centrada en la persona de qualitat (tot i que també se'n poden afegir altres característiques) millorant i facilitant la recuperació de la persona, la seva cura, la seva qualitat de vida i la seva satisfacció.

10. **Diaz KA et al.**(38) Els autors des d'un inici destaquen que la tecnificació i l'ús de tecnologies, tot i haver millorat significativament els resultats oncològics, també han causat una deshumanització i despersonalització de l'atenció. Fan que es vegi a la persona com una malaltia i un grup de símptomes i no com a un ésser humà amb necessitats individuals i interpretacions personals.

Els autors remarquen la importància d'una atenció humanitzada per a la comprensió de les necessitats de la persona i el seu entorn. Gràcies a aquesta, es poden proporcionar habilitats i eines per a una millor presa de decisions, preservació de la dignitat i millorar la relació de la persona i els treballadors de la salut. És molt important perquè pot comportar una millor adherència al tractament, un millor control de la seva salut, major satisfacció...

Ahora, descriuen algunes de les barreres que dificulten aconseguir aquesta atenció humanitzada. Una d'elles és el temps, que sovint és poc perquè hi ha càrregues excessives de treball, moltes tasques burocràtiques, pressions financeres i institucionals... Una altra barrera és el malestar emocional:

proporcionar cures humanitzades pot donar la sensació de trencar el mecanisme d'afrontament emocional que tenen i generar conflictes interns com la fatiga per compassió.

Les conclusions que extreuen són que la humanització, tot i estar encara en continu desenvolupament, té com a objectiu principal situar al centre la persona i el seu entorn. Així es poden reduir errors, millorar els resultats, reduir les hospitalitzacions... Alhora, en el personal d'infermeria també té beneficis si es fa de forma correcta perquè és un antídot de l'esgotament físic i emocional i els professionals se senten realitzats.

Taula 3: Descripció dels articles seleccionats.

<i>Títol</i>	<i>Any</i>	<i>Autoria</i>	<i>Disseny</i>	<i>Resum relacionat amb els objectius</i>
Essential oncology nursing care along the cancer continuum	2020	Young AM et al. (28)	Estudi qualitatiu fenomenològic	Defensa el model centrat en la persona per empoderar-la a fer-se càrrec de la seva salut. Destaca les tècniques comunicatives com a referents per a una humanització sanitària i descriu pros i contres de l'ús de la tecnologia. Alhora, remarca la importància de l'educació de les infermeres.
Observations of the communication practices between nurses and patients in an oncology outpatient clinic	2019	Prip A et al. (30)	Estudi descriptiu interpretatiu	Dins de l'atenció ambulatoria, relaciona la comunicació amb la qualitat de l'atenció mitjançant tres eixos principals: la comunicació centrada en el tractament, l'eficient i l'espacial. Tot i així, conclou explicant que en l'entorn ambulatori es trobaven dificultats per a garantir condicions correctes per a una atenció humanitzada.
Cuidado humanizado en pacientes con cáncer avanzado. Una perspectiva desde la diada paciente-familia	2021	Hermosilla-Ávila AE et al. (31)	Estudi descriptiu fenomenològic interpretatiu	Centrat en cures amb càncer avançat, remarca alguns trets característics de les infermeres i diferencia tres temàtiques on l'atenció infermera centrada en la persona descriu com a necessària: la relació transpersonal, la satisfacció global de necessitats i la comprensió emocional. Ho fa tot basant-se en una visió holística de la persona i els seus familiars.
Communication skills	2018	Moore PM et al.	Revisió sistemàtica	Analitza la repercussió de la qualitat de la comunicació entre infermeria i les

training for healthcare professionals working with people who have cancer.		(32)		<p>persones amb càncer. Descriu característiques perquè les infermeres tinguin la capacitat de crear vincles i evitar situacions com l'estrès psicològic.</p> <p>Remarca la importància de reconèixer les necessitats individuals de cadascú.</p>
Oncology Nurses' Role in Promoting Patient Self-Advocacy	2022	Alsbrook KE et al. (33)	Estudi descriptiu interpretatiu	<p>Centrat en l'autodefensa, explica la importància del vincle persona-infermera per a proporcionar una atenció centrada en la persona. Responsabilitza a les infermeres de promoure i ensenyar les habilitats per a l'autodefensa per promoure la salut i el benestar. Té en compte les persones de minories racials i/o ètniques.</p>
Computed Tomography Image Feature under Intelligent Algorithms in Diagnosing the Effect of Humanized Nursing on Neuroendocrine Hormones in Patients with Primary Liver Cancer	2021	Wang X et al. (34)	Estudi quantitatiu, descriptiu i transversal	<p>Descriu els canvis hormonals que causa l'atenció infermera humanitzada en les persones amb càncer de fetge. Aquesta pràctica infermera disminueix els nivells d'hormones neuroendocrines relacionades amb l'estrès i alhora augmentava la qualitat de vida, reduïa l'ansietat i la depressió, entre d'altres.</p>
Coping and adaptation of adults with cancer: the art of nursing care	2022	Cepeda-Trujillo LM et al.	Estudi quantitatiu, descriptiu i transversal	<p>L'atenció individualitzada i centrada en la persona ajuda a adaptar una postura més optimista. Per això, la funció d'infermeria és clau en l'atenció de les persones que pateixen càncer.</p> <p>Un bon procés assistencial ajuda a l'adaptació del nou estat de salut, però ha de ser</p>

				continu i holístic, canviant-lo segons l'evolució de la malaltia.
Humanized Care from the Perception of Oncology Patients from Southern Chile	2021	Navarrete-Correa T et al. (36)	Estudi analític transversal	L'èxit del tractament s'aconsegueix amb una relació humana i terapèutica. Es necessita mutualitat i reciprocitat entre la infermera i la persona. Treballar amb sensibilització potencia conductes positives. La presència física i el diàleg augmenten la qualitat i la satisfacció de l'atenció. La infermera ha de mostrar voluntat i interès i respectar els valors personals.
Humanitarian care: Facilitator of communication between the patients with cancer and nurses	2021	Atashzadeh-Shoorideh F et al. (37)	Estudi quantitatiu, descriptiu i transversal	L'atenció centrada en la persona es pot aconseguir a partir de cinc conceptes claus: la bondat, l'empatia, la paciència, la confidencialitat i l'honestedat; totes necessàries per poder oferir aquesta atenció humanitzada que aporta molts beneficis en el procés assistencial al llarg de la malaltia. La comunicació és el factor determinant per a una bona atenció, però cal que sigui de qualitat.
Humanization in oncology care: A necessary change	2023	Diaz KA et al. (38)	Estudi qualitatiu descriptiu	La tecnificació i l'ús de tecnologies han causat una deshumanització de l'assistència a les persones que pateixen càncer, tot i aportar alguns beneficis. Per a poder comprendre les necessitats de la persona i el seu entorn, es necessita una atenció centrada en la persona, tot i haver-hi barreres que ho dificultin. La humanització de l'assistència infermera és clau per a diversos factors, com podrien ser la reducció d'errors, la millora dels resultats i la reducció d'hospitalitzacions.

DISCUSSIÓ

Cal destacar que hi ha una gran coincidència entre els diferents autors. S'ha centrat únicament en la informació sobre les neoplàsies malignes.

Humanitzar les cures infermeres es tracta d'aplicar el model centrat en la persona a l'atenció que se li ofereix. Per tant, quan parlem d'humanització, alhora ens referim a l'avaluació holística de la persona i el seu entorn. Tot i això, hi ha un seguit d'elements que interfereixen i poden caracteritzar aquest tipus d'atenció.

L'educació dels professionals; l'ús correcte de les eines que poden ajudar, com la tecnologia; l'empoderament i la comunicació són els aspectes més comentats i estudiats en els articles seleccionats.

Young AM et al.(28) i Hermosilla-Ávila AE et al.(31), destaquen la importància de la formació i educació acadèmica amb base científica i clínica per part de les infermeres per a poder oferir una bona atenció, i el segon a més a més afegeix que han de ser humanitàries i morals. Per tant, les infermeres necessiten conèixer les característiques d'aquesta atenció, com serien els valors descrits anteriorment segons Bermejo (26).

Tant en els articles realitzats per Young AM et al.(28) com Alsbrook KE et al.(33) estan d'acord en el fet que per a poder tenir un model centrat en la persona on element clau és l'empoderament de la persona. Tenen en comú, remarcar la necessitat d'una educació correcta dels professionals d'infermeria per a poder oferir les tècniques adients perquè la persona tingui aquestes habilitats d'autodefensa en la seva situació de salut. L'article de Young AM et al.(28) menciona les diferències culturals a les quals aquest model es pot adaptar, mentre que Alsbrook KE et al.(33) insisteix en proporcionar una atenció molt individualitzada per a poder identificar les persones amb minories racials i/o ètniques i veure els obstacles als quals s'enfronten, així podent evitar la seva discriminació i estigmatització.

Pel que fa a l'ús de tecnologies, Young AM et al.(28), Navarrete-Correa T et al.(36) i Diaz KA et al.(38) coincideixen en el fet que tot i tenir avantatges (alleugerir símptomes depressius, dona suport més sovint mitjançant trucades...), també suposa majoritàriament una deshumanització i

despersonalització de l'atenció infermera i, sovint, suposa una barrera per aconseguir una atenció centrada en la persona. Si la tecnologia no es pot utilitzar per donar una atenció de forma holística, mantenint la dignitat, els valors i les creences de la persona i pot dificultar la comunicació, llavors no pot ser una eina per a oferir unes cures infermeres humanitzades i centrades en la persona, ja que deixa de banda les principals característiques d'aquestes.

Tots els articles que parlen sobre la comunicació, estan d'acord que és un dels components importants de l'atenció centrada en la persona. Ara bé, cada un li atorga un paper diferent. Young AM et al.(28) considera que és el mitjà bàsic per aconseguir-la, però per això es necessita el llenguatge verbal i no verbal, els quals formen part d'unes necessàries habilitats de comunicació. Mentre que Prip A et al.(30) afirma que la qualitat de la comunicació en l'atenció al càncer en un ambulatori és influenciada pel tractament, l'eficiència d'aquesta i limitada espacialment; i que per aquests tres factors, és difícil aconseguir una comunicació de qualitat. Hermosilla-Ávila AE et al.(31) descriu la comunicació com una de les eines eina per crear una relació transpersonal entre la persona i la infermera, una de les bases per la humanització de l'atenció. Alsbrook KE et al.(33) tot i parlar de l'autodefensa com a clau per a un model centrat en la persona, perquè aquesta sigui possible hi ha d'haver una comunicació eficaç de l'equip amb la persona. Ataszadeh-Shoorideh F et al.(37) afirma que la comunicació és un factor determinant per a una atenció humanitzada, però que es necessita que sigui de qualitat. Les característiques de la comunicació descrites per cada autor seran correctes mentre es facin des de l'empatia, l'autenticitat i congruència, el respecte, la comprensió, la solidaritat, la tolerància, l'altruisme, la moderació, l'equitat i la no violència; que són els valors necessaris per a aquesta humanització i atenció centrada en la persona descrita anteriorment.

LIMITACIONS

Una limitació que he trobat és que com és un tema que encara està prenent força i és molt recent en l'àmbit d'estudi, costava trobar informació; i encara era més difícil trobar-la centrada únicament en l'especialitat d'oncologia. El fet que els estudis es vegin que hi ha una millora qualitativa i quantitativa, es reflecteix la necessitat de canvi que per a poder arribar a una atenció individualitzada i humanitzada.

CONCLUSIONS

El càncer és una malaltia amb una gran prevalença i la major part de l'atenció a les persones que la pateixen no és humanitzada. Per tant, podem dir que la deshumanització és actualment un fet evident. És per això, que gràcies als estudis actuals que s'estan fent es veu la importància d'aquesta atenció centrada en la persona perquè té beneficis cap al procés de malaltia. I és per això que cal remarcar aquest tipus de cures infermeres, ja que a més d'aportar una millor atenció, pot ajudar a millora l'estat de salut de la persona que s'atén.

Les cures infermeres humanitzades i centrades en la persona en l'especialitat d'oncologia per a poder dur a terme una bona pràctica necessiten la comunicació, l'escolta activa, la informació i la formació d'un vincle persona-infermera.

La comunicació i l'escolta activa són elements rellevants. Tenir bones tècniques comunicatives i saber escoltar correctament, faciliten poder oferir una atenció humanitzada centrada en la persona. Gràcies a elles, també s'aconsegueix tenir una visió holística de la persona i el seu entorn, així podem identificar i oferir eines necessàries perquè s'adaptin al nou estat de salut. Tot i això, encara no hi ha una descripció clara i definida de les característiques d'aquestes, i encara menys centrades únicament en l'especialitat d'oncologia.

Clar és que el diagnòstic del càncer genera un impacte en la vida de la persona i el seu voltant. És per això que la persona i el seu entorn necessita estar informada.

La repercussió que tenen les cures humanitzades en la qualitat de l'atenció a la persona amb malaltia oncològica és que li generen seguretat, confiança, se sent acompanyada i escoltada, redueix el seu estrès mental i fisiològic, és coneixedora del seu estat de salut i està segura de preguntar els seus dubtes.

L'impacte de la humanització de les cures infermeres en les persones amb malaltia oncològica és que es redueixen el nombre de visites al servei d'urgències, complicacions, nous ingressos i les reconsultes. Tot i que alhora significa que l'atenció infermera ha de ser més complexa i requereix una educació i formació cap a aquestes professionals, si és feta de forma correcta

s'empodera a la persona i se la fa coneixedora del seu estat de salut perquè en pugui fer un bon maneig i control.

Els professionals d'infermeria són els sanitaris que majoritàriament comparteixen més temps al llarg de l'evolució del càncer amb les persones i els seus familiars o acompanyant. Aquesta és la raó per la qual cau més responsabilitat en oferir una atenció sanitària humanitzada i centrada en la persona cap a aquest grup de professionals.

Encara queden moltes incògnites sobre els efectes i la importància d'oferir una cura centrada en la persona que pateix una malaltia oncològica. Falten estudis concloents en relació amb els beneficis d'aquesta atenció infermera. Caldria continuar estudiant aquest tema perquè l'evidència que s'extrauria podria aportar grans beneficis aplicables als plans de cures i atenció a les persones amb càncer per evitar més hospitalitzacions, controlar millor els efectes secundaris de la malaltia i el seu tractament, fer una valoració més completa de la persona i el seu entorn...

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional del cáncer. ¿Qué es el cáncer? - NCI [Internet]. 2021 [citado 2 diciembre 2022]. Disponible a: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
2. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2022 [citado 29 noviembre 2022]. Disponible a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. Smith MT, Guyton KZ, Kleinstreuer N, Borrel A, Cardenas A, Chiu WA, et al. The Key Characteristics of Carcinogens: Relationship to the Hallmarks of Cancer, Relevant Biomarkers, and Assays to Measure Them. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 2020;29(10):1887-903.
4. Institut Català d'Oncologia. Conèixer el càncer [Internet]. Institut Català d'Oncologia. 2011 [citado 29 noviembre 2022]. Disponible a: http://ico.gencat.cat/ca/el-cancer/coneixer_el_cancer/
5. Jade P. The difference between normal and cancer cells [Internet]. mymed.com. 2022 [citado 2 diciembre 2022]. Disponible a: <https://www.mymed.com/diseases-conditions/cancer/the-difference-between-normal-and-cancer-cells>
6. National cancer Institute. The Genetics of Cancer [Internet]. 2022 [citado 4 diciembre 2022]. Disponible a: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics>
7. American Cancer Society. Síndromes de cáncer en las familias [Internet]. 2018 [citado 4 diciembre 2022]. Disponible a: <https://www.cancer.org/es/saludable/causas-del-cancer/genetica/sindromes-de-cancer-familiar.html>
8. American Cancer Society. Estadificación del cáncer [Internet]. Cancer.org. 2022 [citado 21 diciembre 2022]. Disponible a: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>
9. National Cancer Institute. Cancer Staging [Internet]. Cancer.gov. 2015 [citado 21 diciembre 2022]. Disponible a: <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>
10. Truca i Rodríguez A, Prat i Aparicio A, Balaguer i Prunes F, Valverde i Bosch M, Vilas V, Urbano i Ispizua Á. Tipos de Cáncer [Internet]. Hospital Clínic de Barcelona. 2018 [citado 21 diciembre 2022]. Disponible a: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cancer/tipos-de-cancer>
11. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2021 [Internet]. Seom.org. 2021 [citado 28 diciembre 2022]. Disponible a: https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_España_2021.pdf

12. Cancer (IARC) TIA for R on. Global Cancer Observatory [Internet]. [citad 29 novembre 2022]. Disponible a: 2023
13. Mattiuzzi C, Lippi G. Current Cancer Epidemiology. J Epidemiol Glob Health. desembre 2019;9(4):217-22.
14. Mayo Clinic. 7 healthy habits that can reduce your risk of cancer [Internet]. Mayo Clinic. 2022 [citad 27 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/cancer-prevention/art-20044816>
15. Harvard Medical School. The 10 Commandments of Cancer Prevention [Internet]. Harvard Health. 2019 [citad 28 desembre 2022]. Disponible a: https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/the-10-commandments-of-cancer-prevention
16. Centers for Disease Control and Prevention. How to Prevent Cancer or Find It Early [Internet]. CDC. 2022 [citad 27 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.cdc.gov/cancer/dcpc/prevention/index.htm>
17. 8 consejos para prevenir el cáncer [Internet]. Hospital Clínic Barcelona. 2022 [citad 27 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/8-consejos-para-prevenir-el-cancer>
18. National Cancer Institute. Biomarker Testing for Cancer Treatment [Internet]. National Cancer Institute. 2017 [citad 29 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/biomarker-testing-cancer-treatment>
19. Mayo Clinic. Cancer treatment [Internet]. Mayo Clinic. 2022 [citad 28 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/cancer-treatment/about/pac-20393344>
20. National Cancer Institute. Types of Cancer Treatment [Internet]. National Cancer Institute. 2017 [citad 29 desembre 2022]. Disponible a: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>
21. Augé I, Reyes C, Soria B. Atenció Centrada en la Persona (ACP). Una mirada pràctica a l'atenció sanitària directa [Internet]. Xarxa Assistencial Universitat de Manresa. 2019 [citad 2 gener 2023]. Disponible a: <https://www.althaiia.cat/blogosfera/infermeria/2019/08/19/atencio-centrada-en-la-persona-acp-una-mirada-practica-a-latencio-sanitaria-directa/>
22. Byrne AL, Baldwin A, Harvey C. Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. PLOS ONE. 2020;15(3):e0229923.
23. Martín Delgado MC. Humanización de la asistencia sanitaria y seguridad del paciente [Internet]. FIDISP. 2018 [citad 2 gener 2023]. Disponible a: <https://fidisp.org/humanizacion-sanitaria-seguridad-del-paciente/>

24. Miró Bernaus Y. Humanització dels cuidatges d'infermeria [Internet]. Universitat de Lleida; 2018 [citat 2 gener 2023]. Disponible a: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/65521/ymirob.pdf?sequence=1>
25. Fawcett J, George JB, Walker L. Book Reviews : WATSON, J. (1985). Nursing: Human Science and Human Care, A Theory of Nursing. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts. Nurs Sci Q. 1989;2(3):149-54.
26. Bermejo Higuera J. Humanizar la salud. Counselling en salud [Internet]. Archivos de la memoria: la salud y la enfermedad en primera persona. 2013 [citat 2 gener 2023]. Disponible a: <http://www.index-f.com/memoria/10/1000.php>
27. Cummings GG, Lee SD, Tate KC. The evolution of oncology nursing: Leading the path to change. Can Oncol Nurs J. 2018;28(4):314-7.
28. Young AM, Charalambous A, Owen RI, Njodzeka B, Oldenmenger WH, Alqudimat MR, et al. Essential oncology nursing care along the cancer continuum. Lancet Oncol. 2020;21(12):e555-63.
29. Escobar Alonso F. Características y competencias de la Enfermería oncológica [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [citat 4 gener 2023]. Disponible a: <https://revistamedica.com/enfermeria-oncologica/>
30. Prip A, Pii KH, Møller KA, Nielsen DL, Thorne SE, Jarden M. Observations of the communication practices between nurses and patients in an oncology outpatient clinic. Eur J Oncol Nurs. 1 juny 2019;40:120-5.
31. Hermosilla-Ávila AE, Sanhueza-Alvarado O, Chaparro-Díaz L. Cuidado humanizado en pacientes con cáncer avanzado. Una perspectiva desde la diada paciente-familia. Enferm Clínica. 1 setembre 2021;31(5):283-93.
32. Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 [citat 10 març 2023];(7). Disponible a: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003751.pub4/full>
33. Alsbrook KE, Donovan HS, Wesmiller SW, Thomas TH. Oncology Nurses' Role in Promoting Patient Self-Advocacy. Clin J Oncol Nurs. 1 juny 2022;26(3):239-43.
34. Wang X, Liu L, Ma N, Zhao X. Computed Tomography Image Feature under Intelligent Algorithms in Diagnosing the Effect of Humanized Nursing on Neuroendocrine Hormones in Patients with Primary Liver Cancer. J Healthc Eng. 2021:4563100.
35. Cepeda-Trujillo LM, Mosquera-Aguirre JM, Rojas-Atehortua DY, Perdomo-Romero AY, Cepeda-Trujillo LM, Mosquera-Aguirre JM, et al. Coping and adaptation of adults with cancer: the art of nursing care.

Aquichan [Internet]. març 2022 [citat 11 març 2023];22(1). Disponible a: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972022000102217&lng=en&nrm=iso&tlng=en

36. Navarrete-Correa T, Fonseca-Salamanca F, Barría RM. Humanized Care from the Perception of Oncology Patients from Southern Chile. *Investig Educ En Enfermeria*. 15 juny 2021;39(2):e04.
37. Atashzadeh-Shoorideh F, Mohtashami J, Farhadzadeh M, Sanaie N, Zadeh EF, Beykmirza R, et al. Humanitarian care: Facilitator of communication between the patients with cancer and nurses. *Nurs Pract Today* [Internet]. 2021 [citat 11 març 2023]; Disponible a: <https://publish.kne-publishing.com/index.php/NPT/article/view/4493>
38. Diaz KA, Spiess PE, García-Perdomo HA. Humanization in oncology care: A necessary change. *Urol Oncol Semin Orig Investig*. 1 febrer 2023;41(2):58-61.