



## **GRAO EN ENFERMARÍA**

Curso académico 2013 - 2014

### **TRABALLO DE FIN DE GRAO**

**Enfermería y paciente terminal: una revisión  
de la literatura.**

**Rebeca Carro Freire**

**Titor: C. María García Martínez**

**Presentación do traballo: Mayo/2014**

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A  
CORUÑA  
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

## ÍNDICE

Índice de acrónimos.....	3
RESÚMENES ESTRUCTURADOS.....	4
Resumen estructurado.....	5
Resumo estructurado.....	7
Structured summary .....	9
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	11
1. Introducción.....	12
2. Objetivo.....	15
3. Metodología.....	15
3.1. Estrategia de búsqueda.....	16
3.2. Criterios de selección de los estudios.....	16
3.3. Exclusión de los estudios/artículos.....	17
3.4. Evaluación de la calidad de los estudios.....	17
4. Limitaciones.....	18
5. Resultados.....	19
5.1. Selección de estudios.....	19
6. Discusión.....	20
6.1. Intervenciones de enfermería en Cuidados Paliativos.....	20
7. Conclusión.....	27

8. Agradecimientos.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	35
Anexo 1: Estrategias de búsqueda.....	36
Anexo 2: Tablas de resultados.....	38
Anexo 3: Revistas, material docente, guías y libros.....	48
Anexo 4: Tablas de evidencia.....	50

## **Índice de acrónimos**

**RS:** Revisión Sistemática.

**BVS:** Biblioteca Virtual de la Salud.

**GPC:** Guía de Práctica Clínica.

**AECPAL:** Asociación Española de Enfermeros en Cuidados Paliativos.

**SECPAL:** Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**NOC:** Nursing Outcomes Classifications.

**NIC:** Nursing Interventions Classifications.

# RESÚMENES ESTRUCTURADOS

---

## RESUMEN ESTRUCTURADO

**Título:** Enfermería y paciente terminal: una revisión de la literatura.

**Autor:** Rebeca Carro Freire.

**Palabras clave:** palliative care, palliative care nursing, terminal illness, hospice care, hospice and palliative care nursing, adaptation psychological, spiritual therapies, family relations, afrontamiento, muerte, enfermería, paliativa.

**Fecha:** Mayo 2014

**Páginas:** 34

**Referencias:** 39

**Lenguaje:** castellano, resúmenes en castellano, gallego e inglés.

**Introducción:** El cuidado es una acción cotidiana y permanente a lo largo de la vida humana, más todavía, dada su fragilidad, al final de la misma, que implica el acompañamiento y aplicación de un cuidado integral de cada una de las dimensiones de la persona: física, psicológica, social y espiritual.

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es recopilar y sintetizar información científica que nos ayude a conocer si las intervenciones enfermeras que tienen en cuenta las necesidades psicológicas, espirituales y sociales de los pacientes terminales proporcionan un mejor afrontamiento del proceso de fin de vida.

**Métodos:** La primera fase fue una búsqueda preliminar de RS (revisiones sistemáticas), tras la que se tomo como referencia la realizada por Abaunza y cols. en 2013 por considerar que aborda la pregunta que se quiere responder y además es una revisión metodológicamente correcta y con poco riesgo de sesgo. A continuación se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, BVS (Biblioteca Virtual de la Salud) y CUIDEN, rastreo manual de revistas y literatura gris. Y por último, se revisaron documentos publicados por sociedades profesionales, como GPC (Guías de Práctica Clínica), y por agencias de evaluación de tecnologías

sanitarias, como la AECPAL (Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos) y la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos).

La extracción de datos de los estudios incluidos fue llevada a cabo utilizando la aplicación informática <http://www.lecturacritica.com> del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.

**Resultados:** En la búsqueda automatizada desde Junio de 2011 hasta Marzo de 2014, se encontraron 331 artículos de los que tras una lectura inicial del título y del resumen, se seleccionaron 14 más la revisión sistemática.

Además se seleccionaron de forma manual 5 artículos de diferentes revistas de enfermería, 2 referencias extraídas de diverso material docente, una GPC y un Plan de Cuidados estandarizado de la AECPAL, y varios libros.

**Conclusión:** El análisis de las pruebas publicadas en la literatura científica, permiten concluir que las intervenciones proporcionadas por el personal de enfermería, son eficaces para aliviar el sufrimiento y mejorar, dentro de lo posible, el proceso de morir de las personas.

**Mesh:** palliative care, palliative care nursing, terminal illness, hospice care, hospice and palliative care nursing, adaptation psychological, spiritual therapies, family relations.

**Otras palabras clave:** afrontamiento, muerte, enfermería, paliativa.

## RESUMO ESTRUCTURADO

**Título:** Enfermaría e paciente terminal: unha revisión da literatura.

**Autor:** Rebeca Carro Freire.

**Palabras clave:** palliative care, palliative care nursing, terminal illness, hospice care, hospice and palliative care nursing, adaptation psychological, spiritual therapies, family relations, afrontamento, morte, enfermaría, paliativa.

**Fecha:** Mayo 2014

**Páxinas:** 34

**Referencias:** 39

**Linguaxe:** castellano, resúmenes en castellano, galego e inglés.

**Introdución:** O coidado é unha acción cotiá e permanente ao longo da vida humana, máis aínda, dada a súa fragilidade, ao final desta, que implica o acompañamento e aplicación dun coidado integral de cada unha das dimensións da persoa: física, psicolóxica, social e espiritual.

**Obxectivo:** O obxectivo deste traballo é recompilar e sintetizar información científica que nos axude a coñecer se as intervencións enfermeiras que teñen en conta as necesidades psicolóxicas, espirituais e sociais dos pacientes terminais proporcionan un mellor afrontamento do proceso de fin de vida.

**Métodos:** A primeira fase foi unha busca preliminar de RS, tras a que se tomou como referencia a realizada por Abaunza e cols. en 2013 por considerar que aborda a pregunta que se quere responder e ademais é unha revisión metodoloxicamente correcta e con pouco risco de nesgo. A continuación realizouse unha busca nas bases de datos PubMed, BVS e CUIDEN, rastrexo manual de revistas e literatura gris. E por último, revisáronse documentos publicados por sociedades profesionais, como Guías de Práctica Clínica, e por Axencias de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias, como a AECPAL (Asociación Española de Enfermaría en Coidados Paliativos).



A extracción de datos dos estudos incluídos foi levada a cabo utilizando a aplicación informática <http://www.lecturacritica.com> do Servizo de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias do País Vasco.

**Resultados:** Na busca automatizada dende Xuño de 2011 ata Marzo de 2014, encontráronse 331 artigos dos que tras unha lectura inicial do título e do resumo, se seleccionaron 14 máis a revisión sistemática. Ademais seleccionáronse de forma manual 5 artigos de diferentes revistas de enfermaría, 2 referencias extraídas de diverso material docente, unha GPC e un Plan de Coidados estandarizado da AECPAL, e varios libros.

**Conclusión:** A análise das probas publicadas na literatura científica, permiten concluír que as intervencións proporcionadas polo persoal de enfermaría, son eficaces para aliviar o sufrimento e mellorar, dentro do posible, o proceso de morrer das persoas.

**Mesh:** palliative care, palliative care nursing, terminal illness, hospice care, hospice and palliative care nursing, adaptation psychological, spiritual therapies, family relations.

**Outras palabras clave:** afrontamento, morte, enfermaría, paliativa.

## STRUCTURED SUMMARY

**Title:** Nursing and terminal patient: a review of the literature.

**Author:** Rebeca Carro Freire.

**Key words:** palliative care, palliative care nursing, terminal illness, hospice care, hospice and palliative care nursing, adaptation psychological, spiritual therapies, family relations, confrontation, death, nursing, palliative.

**Date:** May 2014.

**Pages:** 34

**Index:** 39

**Language:** Castilian, summaries in Castilian, Galician and English.

**Introduction:** The care is a daily and permanent action along the human life, more still, given his fragility, at the end of the same one, which implies the accompaniment and application of an integral care of each one of the dimensions of the person: physical, psychological, social and spiritual.

**Objective:** The aim of this work is to compile and to synthesize scientific information that helps us to know if the interventions nurses who bear in mind the psychological, spiritual and social needs of the terminal patients provide a better confrontation of the process of end of life.

**Methods:** The first phase was RS's preliminary search, after which I take like it indexes the realized one for Abaunza and cols. in 2013 for thinking that it approaches the question that wants to be answered and in addition to be a methodologically correct review and with little risk of bias. Later a search was realized in the databases PubMed, BVS and TAKE CARE, manual tracking of magazines and gray literature. And finally, there were checked documents published by professional companies, as Guides of Clinical Practice, and for agencies of evaluation of sanitary technologies, as the AECPAL (Spanish Association of Infirmary in Taken care Palliative). The extraction of information of the included studies was carried out using the IT application [Http: // www.lecturacritica.com](http://www.lecturacritica.com) of the Service of Evaluation of Sanitary Technologies of the Basque Country.

**Results:** In the search automated from June, 2011 until March, 2014, they found 331 articles of which after an initial reading of the title and of the summary, 14 selected more the systematic review.

In addition there were selected of manual form 5 articles of different magazines of infirmary, 2 references extracted from diverse educational material, a GPC and a Plan of Taken care standardized of the AECPAL, and several books.

**Conclusion:** The analysis of the tests published in the scientific literature, they allow to conclude that the interventions provided by the personnel of infirmary, are effective to relieve the sufrimiento and to improve, inside the possible thing, the process of dying of the persons.

**Mesh:** palliative care, palliative care nursing, terminus illness, hospice care, hospice and palliative care nursing, adaptation psychological, spiritual therapies, family relations.

**Other key words:** confrontation, death, infirmary, palliative.

## Revisión bibliográfica

---

## 1. Introducción

Como punto de partida y anclaje de esta revisión vamos a adoptar, la definición y el objetivo de los cuidados paliativos para el paciente y su familia, propuestos por uno de los textos más representativos de la literatura especializada y que quedan, posiblemente, plasmados en el siguiente enunciado sugerido por la OMS (Organización Mundial de la Salud):<sup>1-2</sup>

*“Cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales, adquiere en ellos una importancia primordial. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la máxima calidad de vida posible para los pacientes y sus allegados.”*

Igualmente es importante definir la situación de enfermedad terminal, y saber que en ella concurren una serie de características que son importantes no solo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica. Los elementos fundamentales son<sup>3</sup>:

- ✓ Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- ✓ Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- ✓ Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- ✓ Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- ✓ Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Las bases de la terapéutica en pacientes terminales serán<sup>3</sup>:

- ✓ Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.
- ✓ El enfermo y la familia son la unidad a tratar.

- ✓ La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas.
- ✓ Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa.
- ✓ Una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

La calidad de vida y confort de nuestros pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos, cuyos instrumentos básicos son<sup>3</sup>:

- Control de síntomas.
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
- Trabajo interdisciplinar y adaptación a los objetivos cambiantes de los enfermos.
- Equipo interdisciplinar.

Es importante disponer de conocimientos y habilidades en cada uno de estos apartados, que constituyen verdaderas disciplinas científicas. Es requisito indispensable el adoptar una actitud adecuada ante esta situación, a menudo límite para el propio enfermo, familia y equipo terapéutico.

La OMS subraya que los cuidados paliativos no deben limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familiares.

El cuidado es una acción cotidiana y permanente a lo largo de la vida humana, más todavía, dada su fragilidad, al final de la misma, que implica el acompañamiento y aplicación de un cuidado integral de cada una de las dimensiones de la persona: física, psicológica, social y espiritual.

Por estos motivos, cuando la medicina curativa dice “ya no hay nada que hacer” es justamente cuando hay más que hacer. Parafraseando la frase célebre de Edward Livingston Trudeau: *“Una medicina integral que, por tanto, no otorga la inmortalidad pero que cura a veces, conforta a menudo, cuida siempre<sup>4</sup>.”*

El personal de salud debe tener claro, con todos los pacientes en etapa terminal, que el primer objetivo es proporcionar los cuidados paliativos que aseguren que el sufrimiento físico se reducirá al mínimo en este proceso. Se busca controlar el dolor que la enfermedad pueda traer, para que así el paciente pueda resolver conflictos de índole afectiva, familiar, psicológica, espiritual que requiera, antes de morir. Es una cuestión de gran relevancia que el personal de salud, además de estar capacitado para resolver el dolor físico de estos pacientes, esté capacitado para ayudar al paciente a manejar y dar cauce al dolor emocional o moral que puede llegar a sentir, puesto que en muchos casos este dolor es más intenso y conflictivo que el dolor físico y más difícil de manejar y suprimir.

El segundo objetivo, plenamente asociado al primero, implica que el personal de salud debe tener la capacidad de acompañar, con un interés genuino al paciente y a sus familiares<sup>5</sup>.

La sociedad moderna no acepta la muerte como un hecho natural que tiene lugar en el orden biológico de las cosas, por lo que muchos pacientes fallecen en los hospitales, entornos fríos sin la privacidad y la intimidad necesarios para atender la agonía, el acompañamiento familiar y el duelo posterior<sup>6</sup>.

La declaración del Comité Europeo de Salud Pública: "Se muere mal cuando la muerte no es aceptada; se muere mal cuando los profesionales no están formados en el manejo de las reacciones emocionales que emergen en la comunicación con los pacientes; se muere mal cuando se abandona la muerte al ámbito de lo irracional, al miedo, a la soledad en una sociedad donde no se sabe morir", aunque fue enunciada en 1981,

sigue vigente en muchos países y precisa una gran acción solidaria de todos para cambiarla<sup>7</sup>.

Las enfermeras tienen un papel importante y de responsabilidad en la atención en el proceso de muerte. Deben proporcionar cuidados de confort adecuándolos al paciente y a sus familiares en el proceso de morir. Son los intermediarios entre paciente, familia y el resto del equipo, comunicando a estos últimos las necesidades y preferencias del paciente<sup>8</sup>. Son profesionales que trabajan para proporcionar la mejor atención posible a sus pacientes, no solo procuran una buena muerte, sino un buen proceso de morir<sup>9</sup>.

Acompañar a los enfermos en el proceso de morir, es uno de los grandes retos a los que se enfrenta el profesional de enfermería. También puede ser una de las experiencias más validas y mejor recompensadas<sup>10</sup>.

## **2. Objetivo**

El objetivo de este trabajo es recopilar y sintetizar información científica que nos ayude a conocer si las intervenciones enfermeras que tienen en cuenta las necesidades psicológicas, espirituales y sociales de los pacientes terminales proporcionan un mejor afrontamiento del proceso de fin de vida.

Se diseñó una revisión basada en la literatura, con la siguiente pregunta: “¿Las intervenciones enfermeras que tienen en cuenta las necesidades psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes terminales, proporcionan un mejor afrontamiento del proceso de fin de vida?”.

## **3. Metodología**

El punto de partida de este trabajo consistió en la lectura de diversos libros<sup>11,12,13,14,15</sup> y artículos<sup>16,17,18</sup> que nos ayudaran a seguir los pasos adecuados para la realización de una buena revisión bibliográfica, así



como de la búsqueda de bibliografía, las fuentes de información a consultar y la organización, estructura y presentación escrita del trabajo.

### **3.1. Estrategia de búsqueda**

En una primera fase, se realizó una búsqueda preliminar de RS sobre los cuidados paliativos y su efectividad en las bases de datos electrónicas: Cochrane Library y Joanna Briggs Institute.

La búsqueda se realizó sin restricción de idiomas y de tipo de estudios.

Se analizaron las RS y se observó que la RS realizada por Abaunza y cols<sup>19</sup> aborda la pregunta que se quiere responder y además es una revisión metodológicamente correcta y con poco riesgo de sesgo.

En una segunda fase, se realizó una búsqueda desde junio de 2011 hasta abril de 2014 para dar continuidad a la RS realizada por Abaunza y cols. En las siguientes bases de datos: PubMed, CUIDEN, OvidSP y BVS, que incluye bases de datos como, IBECs, LILACS y Medline. Las estrategias de búsqueda se detallan en el (Anexo 1).

Con posterioridad a la búsqueda automatizada, se realizó un rastreo manual en diferentes revistas de enfermería: Enfermería Global, Index de Enfermería, Nure Investigación, etc; así como diversas referencias recopiladas de material docente. También se revisaron páginas web que ofrecían recursos sobre Medicina Basada en la Evidencia.

Y por último, se revisaron algunos libros y documentos publicados por sociedades profesionales, como GPC, y por agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, como la AECPAL y la SECPAL.

### **3.2. Criterios de selección de los estudios.**

En la selección se tuvieron en cuenta criterios relativos a la población, tipo de intervención y resultados.

- a) Participantes: pacientes terminales hombres y mujeres adultos (mayores de 18 años).
- b) Tipo de intervención: cuidados psicológicos, espirituales o sociales llevados a cabo por un equipo multidisciplinar, que esté integrado por personal de enfermería o simplemente por enfermeras/os. No se contemplaron los estudios en los que las intervenciones eran llevadas a cabo solo por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, capellanes,...etc.  
Se excluyeron los estudios sobre procedimientos diagnósticos o terapéuticos con fines paliativos, radioterapia, intervenciones quirúrgicas y realización de técnicas médicas.
- c) Resultados: se incluyeron resultados relacionados con intervenciones psicológicas, sociales y espirituales de enfermería que produjesen un mejor afrontamiento de la muerte a los pacientes terminales.  
Estos resultados fueron obtenidos a partir del relato de los pacientes, cuidadores, familiares o profesionales.

### **3.3. Exclusión de los estudios/artículos.**

Se llevó a cabo una primera lectura del resumen de todos los artículos obtenidos en la búsqueda bibliográfica, desechando una gran mayoría por ser artículos demasiados generales (los motivos de exclusión de los artículos se detallan en el Anexo 1) y porque no respondían a la pregunta objeto de estudio.

### **3.4. Evaluación de la calidad de los estudios-síntesis de la información.**

Los estudios seleccionados para la revisión fueron leídos y analizados en profundidad para la posterior elaboración de las tablas de evidencia.

La extracción de datos de los estudios incluidos fue llevada a cabo utilizando la aplicación informática <http://www.lecturacritica.com> del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.

Esta herramienta informática facilita la extracción de datos relacionados con la identificación del artículo, diseño, metodología y resultados, y permite además jerarquizar la evidencia científica en función de su rigor metodológico, quedando todos los datos anteriores reflejados en tablas de evidencia (Anexo 4).

#### **4. Limitaciones**

Los aspectos relativos al sesgo son de relevancia para el trabajo de análisis de información con el propósito de elaborar productos de información con la calidad requerida<sup>20</sup>.

Es frecuente que los estudios sobre este tema tengan diversas limitaciones por la existencia de sesgos, como la dificultad de reclutamiento de estos enfermos, el elevado número de pérdidas y las implicaciones éticas y morales que la asistencia a estos pacientes conlleva. A continuación se describen los sesgos fundamentales en el proceso de elaboración de esta revisión:

- ✘ **Sesgos de información:** se originan porque en muchos estudios hay carencia de información sobre la población a estudio, pérdidas, variaciones de la muestra o información inadecuada sobre las medidas y análisis estadísticos utilizados en los estudios, lo que origina errores en la interpretación de los resultados.
- ✘ **Sesgos de accesibilidad:** se origina porque solo fueron incorporados a la revisión los artículos que estaban disponibles en texto completo y excluidos los que solo ofrecían el resumen o había que adquirirlos realizando una aportación económica.

A mayores de los sesgos citados anteriormente, la principal amenaza de algunos de los estudios seleccionados para esta revisión es que los

resultados, en algunos casos, no son extrapolables a la población general.

Otra amenaza surge cuando los estudios utilizados no son representativos de toda la población ya que cabe la posibilidad de que ciertas subpoblaciones no queden representadas fielmente en la población accesible.

## **5. Resultados**

### **5.1. Selección de estudios**

La primera fase fue la selección de la RS realizada por Abaunza y cols.<sup>10</sup> en 2011, por considerar que aborda nuestra pregunta de investigación, ya que su objetivo es “Evaluar y sintetizar la información existente en la literatura sobre la efectividad de los distintos modelos de atención a los pacientes en la fase final de la vida“. En base a esto, se decidió centrar la búsqueda bibliográfica a partir de su fecha de finalización, junio de 2011.

En la búsqueda automatizada desde Junio de 2011 hasta Marzo de 2014, se encontraron 331 artículos de los que tras una lectura inicial del título y del resumen, se seleccionaron 14.

Los estudios generados en las búsquedas se clasificaron en tablas en formato Vancouver<sup>21</sup> como incluidos o excluidos, de acuerdo con los criterios de selección establecidos (Anexo 2).

Además se seleccionaron de forma manual 5 artículos de diferentes revistas de enfermería, 3 referencias extraídas de diverso material docente, así como 1 GPC, un Plan de Cuidados estandarizado de la AECPAL y una Guía realizada por la SECPAL, por último, se incluyeron varios libros (Anexo 3).

Para la construcción de las tablas de evidencia se utilizaron los 15 artículos encontrados en las bases de datos (14 artículos + 1 revisión de referencia) y los 5 artículos encontrados en revistas (Anexo 4).

## **6. Discusión**

Nuestra revisión se planteó como objetivo la evaluación y síntesis de la información existente en la literatura sobre la efectividad de las intervenciones enfermeras que tienen en cuenta las necesidades psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes terminales a la hora de conseguir un mejor afrontamiento de la muerte.

En su revisión, Abaunza y cols. concluyen que los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida y el estado de ánimo al final de la vida y tanto los pacientes como sus familiares muestran una mayor satisfacción con la atención recibida. Además insiste en que tras el análisis de diferentes estudios, la implementación de un modelo organizativo de cuidados paliativos específicos parece ser más eficaz que los cuidados tradicionales o convencionales<sup>19</sup>.

### **6.1. Intervenciones de enfermería en Cuidados Paliativos**

Las intervenciones individualizadas proporcionadas por personal de enfermería especializado o por un equipo multidisciplinar, son eficaces para aliviar el sufrimiento y mejorar, dentro de lo posible, la calidad de vida y el proceso de morir de las personas.

La terapia grupal, la educación, el consejo estructurado o no estructurado y la terapia cognitiva-conductual parecen ser las intervenciones que ofrecen resultados más consistentes a medio y largo plazo. Los beneficios observados se centran fundamentalmente en aspectos psicosociales (resultados como la adaptación a la nueva situación, depresión, ansiedad...). El mayor beneficio se observa en la disminución de la tristeza y la depresión, y también se observa una mejoría en los mecanismos de afrontamiento de la enfermedad y de la muerte<sup>22</sup>.

El estudio de Hwa-Jo de 2011 llega a la conclusión de que las intervenciones de enfermería en cuidados paliativos son esenciales para mejorar la calidad de vida y para proporcionar una muerte digna a todos

los pacientes diagnosticados de una enfermedad terminal. Además destacó que la intervención de enfermería más importante es establecer una relación buena y de confianza con los pacientes, seguidos por el control del dolor<sup>23</sup>.

El ensayo clínico realizado por Joan Teno en 2011 proporciona evidencias de que los pacientes que recibieron atención en hospitales especializados en cuidados paliativos tuvieron un mejor proceso de fin de vida, según sus familiares, que aquellos que no la recibieron<sup>24</sup>.

Pascual Fernández destaca que las enfermeras tienen un papel importante y de responsabilidad en la atención a pacientes en proceso de muerte, para proporcionarles cuidados de confort a ellos y a sus familiares. “Son profesionales que trabajan para proporcionar la mejor atención posible a sus pacientes, no solo procuran una buena muerte, sino un buen proceso de morir”<sup>9</sup>.

Los cuidados paliativos van más allá del alivio de los síntomas físicos: buscan integrar las diferentes dimensiones del cuidado: física, psicológica, social y espiritual, de tal modo que facilitan al paciente no sólo morir en paz, sino vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final.

En un caso clínico descrito en 2013 por Miranda Luna, tenemos el ejemplo de cómo aún existen casos de conspiración de silencio y como enfermería puede contribuir con un plan de cuidados adecuado a revertir esa situación y paliar el grado de ansiedad y desconfianza que provoca esta postura en el enfermo terminal. Después de llevar a cabo el plan de cuidados y realizar las distintas actividades planteadas observamos que se avanza considerablemente tanto en la reducción de la ansiedad de la paciente como en el incremento de conocimientos de su enfermedad<sup>25</sup>.

La comunicación constituye una necesidad humana básica, y en la terminalidad es en sí misma una parte fundamental de la terapia y, a veces, el único elemento terapéutico. Una buena comunicación se centra

en la persona enferma y debe tener como objetivo procurar conocer al enfermo y sus necesidades y cómo le ha afectado su padecimiento para apoyarle en el proceso de adaptación a su nueva realidad con sinceridad y respeto a su autonomía<sup>26</sup>.

Otro ensayo clínico demuestra que las intervenciones enfermeras que se encargan de las necesidades psicosociales, existenciales y espirituales de los pacientes que están cerca de la muerte son tremendamente favorables para disminuir la angustia y mejorar la experiencia de fin de vida de estos enfermos. Es una ayuda para aceptar la muerte y seguir adelante<sup>27</sup>.

Los planes de cuidados estandarizados suponen una herramienta muy útil para la práctica asistencial. Reflejan la línea de decisión y actuación de las enfermeras, reduciendo la variabilidad en la práctica profesional, determinando el nivel adecuado de los resultados esperados y estableciendo guías de actuación para la continuidad de cuidados.

Por eso la AECPAL en 2011, creó un documento en el que refleja los diagnósticos de enfermería más prevalentes en un paciente terminal, aunque deben tenerse en cuenta todas las demás esferas, en este caso nos centraremos en los diagnósticos de las esferas psicológicas, sociales y espirituales, en los objetivos que se persiguen y en las intervenciones enfermeras para lograrlos<sup>28</sup>:

a) Aislamiento social

NOC: Severidad de la soledad, Habilidades de interacción social, Bienestar personal.

NIC: Potenciación de la socialización, Dar esperanza, Potenciación de la conciencia de sí mismo, Aumentar los sistemas de apoyo.

b) Ansiedad ante la muerte

NOC: Aceptación estado de salud, Muerte digna, Autocontrol de la ansiedad, Autocontrol del miedo, Creencias sobre la salud: percepción de amenaza.

NIC: Aumentar afrontamiento, Apoyo emocional, Disminución de la ansiedad.

c) Desesperanza

NOC: Calidad de vida, Deseo de vivir, Aceptación: estado de salud

NIC: Dar esperanza.

d) Deterioro de la interacción social

NOC: Autoestima, Habilidades de interacción social, Implicación social.

NIC: Potenciación de la autoestima, Apoyo emocional, Facilitar las visitas, Potenciación de la socialización.

e) Impotencia

NOC: Autoestima, Creencias sobre la salud, Participación sobre las decisiones en la asistencia sanitaria.

NIC: Acuerdos con el paciente, Apoyo emocional, Clarificación de valores, Apoyo en la toma de decisiones, Potenciación de la autoestima.

f) Riesgo de compromiso de la dignidad humana

NOC: Aceptación: estado de salud, Adaptación a la discapacidad física, Autoestima, Autonomía personal, Continencia intestinal, Continencia urinaria, Control de síntomas, Imagen corporal, Muerte confortable, Muerte digna, Soporte social

NIC: Apoyo en la toma de decisiones, Apoyo espiritual, Aumentar los sistemas de apoyo, Ayuda al autocuidado, Cuidados de la incontinencia intestinal, Cuidados de la incontinencia urinaria, Cuidados en la agonía, Escucha activa.

g) Riesgo de soledad

NOC: Severidad de la soledad, Habilidades de interacción social, Soporte social.

NIC: Facilitar las visitas, Potenciación de la socialización, Apoyo espiritual.

h) Riesgo de sufrimiento espiritual

NOC: Salud espiritual, Esperanza, Afrontamiento de problemas, Muerte digna.

NIC: Apoyo espiritual, Dar esperanza, Facilitar el crecimiento espiritual.

i) Sufrimiento espiritual



NOC: Bienestar espiritual, Resolución de la aflicción, Muerte digna, Esperanza.

NIC: Apoyo espiritual, Dar esperanza, Facilitar el perdón, Cuidados de la agonía.

j) Sufrimiento moral

NOC: Toma de decisiones.

NIC: Apoyo en la toma de decisiones.

k) Temor

NOC: Autocontrol del miedo.

NIC: Aumentar el afrontamiento, Potenciación de la seguridad, Disminución de la ansiedad, Apoyo emocional.

Un relato biográfico nos muestra cómo una mayor comunicación y apoyo emocional entre el enfermo paliativo y la familia permiten una adaptación más eficaz en todo el proceso de la muerte, tanto durante el transcurso de la enfermedad, como posteriormente en el duelo familiar, ya que la familia es la principal fuente de apoyo emocional y social para el paciente paliativo. De ahí la importancia de que la enfermería propicie que esta comunicación y este acompañamiento se produzca durante toda la enfermedad, pero sobre todo en la fase final<sup>29</sup>.

En un reciente estudio se llega a la conclusión de que una mayor atención de los síntomas al principio de la trayectoria de la enfermedad reduce el sufrimiento psicológico, disminuye la angustia asociada con la enfermedad y mejora la calidad de vida<sup>30</sup>.

El ensayo clínico de Dyar demuestra que los cuidados paliativos mostraron una mejoría significativa en cuanto a la esfera social, emocional y mental de los pacientes que recibieron cuidados paliativos que no se observó en el grupo control<sup>31</sup>.

Schmidt y cols. concluyen que cuando las necesidades físicas y emocionales de los procesos de fin de vida son tenidas en cuenta hay menos depresiones, disminuyen los sentimientos de culpa y la frustración

y la muerte se vive como la muerte del individuo y no como una enfermedad. El conocimiento de la cercanía de la muerte permite al paciente y a la familia elaborar estrategias de duelo anticipado y afianza la sensación de auto-control y una toma de decisiones satisfactoria. Entre los predictores de una “buena muerte” expresados por familiares en duelo, destaca el hecho de que el fallecido conociera el diagnóstico al menos 6 meses antes<sup>32</sup>.

La atención psicosocial es un componente necesario en la atención paliativa. Acompañar y dar apoyo a una persona enfrentada con su muerte es una labor agotadora y estresante, pero de gran valor humano. Las personas que integran el equipo de salud deben ser buenos observadores, buenos escuchas y eficaces comunicadores, un paciente puede considerarse mal tratado si no es valorado en el ámbito espiritual y emocional<sup>6-33</sup>.

Un trabajo realizado en 2011 nos describe el papel determinante de la enfermera en la flexibilización de las visitas, la familia debe considerarse como un elemento terapéutico en sí mismo, y como tal debe incorporarse en la planificación del cuidado enfermero. De hecho, en este estudio en concreto, la buena comunicación entre profesionales sanitarios, pacientes y miembros de la familia ha sido identificada como el factor más importante en la atención sanitaria que se presta a los pacientes moribundos<sup>34</sup>.

El artículo publicado por Luz María Pichardo, confirma que la enfermera tiene un papel esencial en la manera en que sus pacientes se preparan para el momento de morir. Cuando en un paciente es inminente la muerte, la enfermera es la responsable de brindar acompañamiento, permitir el acceso a su familia, dejar que den cauce a su afecto, a su dolor, a su particular manera de despedirlo. El personal de salud también puede y debe hacer sentir su presencia y su calidez, su compañía, respetando el

ámbito de sus costumbres, creencias y convicciones personales. Todo esto es lo que hace que nuestros pacientes terminen bien su vida.

Si el personal de salud tiene bien manejado lo clínico, el apoyo psicológico y la compañía familiar y espiritual están resueltas, no tiene porqué “urgirle” la muerte al paciente<sup>5</sup>.

En cuanto a las necesidades espirituales, un estudio publicado en 2011 concluye que la atención espiritual brindada a pacientes y familiares ayuda a sentirse confortado, esperanzado, a encontrar significado y comprender el sentido de la muerte<sup>35,36,37</sup>. Los datos de este estudio apoyan la hipótesis de que una atención espiritual adecuada mejora la calidad de la vivencia de la fase terminal de la vida y el afrontamiento de la muerte influyendo positivamente sobre el paciente y los familiares<sup>37</sup>.

A conclusiones parecidas llegan Bermejo y cols. en su estudio del 2012, en el que se constata entre los profesionales que atienden a pacientes al final de la vida que la atención espiritual sirve como una medida de ayuda para aliviar el sufrimiento, comprender mejor el sentido de las cosas, prepararse para la muerte y sobretodo que es una necesidad que debe ser cubierta en ese momento.

En la misma línea, se valora de manera especial la opinión de la muestra que no cree en Dios y sin embargo respeta y reconoce la atención espiritual como necesaria al final de la vida ya que dicho reconocimiento surge del beneficio evidente observado en la práctica diaria<sup>35</sup>.

La armonización de los cuidados paliativos con la espiritualidad, hacen el proceso de la muerte lo más digno posible<sup>38</sup>.

Un estudio de casos y controles, demuestra que el grupo que recibió intervenciones espirituales de enfermería, experimentaba una disminución significativa de la depresión y de la ansiedad respecto al grupo control<sup>8</sup>.

Y por último, un ensayo clínico realizado en 2012 confirma que los pacientes que recibieron ayuda espiritual tuvieron menos síntomas depresivos y mejor calidad de vida que los que no la recibieron<sup>39</sup>.

## 7. Conclusión

El análisis de las pruebas publicadas en la literatura científica, permiten concluir que las intervenciones proporcionadas por el personal de enfermería, son eficaces para aliviar el sufrimiento y mejorar, dentro de lo posible, el proceso de morir de las personas.

El mayor beneficio se observa con las intervenciones que tienen en cuenta los aspectos psicológicos y sociales, que proporcionan notable mejoría en los mecanismos de afrontamiento de la enfermedad y de la muerte.

En cuanto a las necesidades espirituales, una atención espiritual adecuada mejora la calidad de la vivencia de la fase terminal de la vida y el afrontamiento de la muerte influyendo positivamente sobre el paciente y los familiares.

Estas son las recomendaciones actuales, pero lo que sucede en la realidad asistencial, en nuestro día a día, es muy distinto la mayoría de las veces. Por norma general, las enfermeras no utilizamos con la frecuencia debida los diagnósticos de la esfera psicosocial y espiritual, sino que nos decantamos por los diagnósticos que abordan los problemas físicos mayoritariamente.

Sería importante analizar las posibles causas, falta de formación, cargas de trabajo, mayor dedicación de tiempo...

Es indispensable dotar a las enfermeras de un nivel de conocimientos y habilidades básicos que les permitan una intervención más eficaz en el control de los síntomas, en el alivio del sufrimiento innecesario en la fase final de la vida y sobre cómo afrontar la muerte, y algo más complejo ya que sería necesario un cambio de actitud del profesional sanitario ante la enfermedad terminal y la muerte, reconociendo los cuidados paliativos como la respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de estos pacientes y sus familias.

Es necesario llevar a cabo estudios de investigación en el ámbito del cuidado enfermero sobre la prevalencia e implementación de intervenciones enfermeras psicosociales, emocionales y espirituales con los pacientes afectados por una enfermedad terminal, para poder cuantificar y delimitar los beneficios y las repercusiones de las mismas. La eficacia de una intervención, para pacientes con características personales y circunstancias vitales distintas, se añadirá al cuerpo del conocimiento enfermero y permitirá que los profesionales de enfermería proporcionen una atención con la máxima calidad posible.

El desarrollo del conocimiento enfermero requiere la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería para resolver un diagnóstico enfermero o para conseguir un resultado concreto. Esto mejoraría el proceso de toma de decisiones clínicas enfermeras.

## **8. Agradecimientos**

Deseo agradecer en primer lugar a C. María García Martínez, mi profesora y tutora de este proyecto, por su paciencia, tiempo y dedicación, por guiarme y apoyarme en este trabajo. Gracias por encontrar siempre las palabras perfectas cuando yo no las tenía.

Toda mi gratitud también a mis profesores de estos cuatro años de carrera, por guiarnos y alimentar en nosotros la certeza de que podemos crear un futuro mejor.

Y por último, a mi familia, por apoyarme en todo lo que me he propuesto, por escuchar mis quejas y aliviarlas con palabras sabias.

# BIBLIOGRAFÍA

---

## **Bibliografía**

1. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. 2ª ed. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas; 2005
2. Martínez MB, Monleón M, Carretero Y, García-Baquero MT. Enfermería en Cuidados Paliativos y al final de la vida. Barcelona: Elsevier; 2012.
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/>.
4. Zurriarán RG. Cuidar cuando no es posible curar: Los cuidados paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado. Logroño: Universidad de La Rioja. Servicio de publicaciones; 2011.
5. Pichardo GLM, Diner K. La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. An Med Asoc Med Hosp ABC; 2010; 55(3).
6. Iglesias ML, Lafuente A. Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. Anales Sis San Navarra. [citado 2014 Abr 29].
7. Astudillo Alarcón W., Díaz-Albo E., García Calleja J.M., Mendinueta C., Granja P., Fuente Hontañón C. De de la et al . Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional: international solidarity. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2009 Mayo [citado 2014 Mayo 14] ; 16(4): 246-255.
8. Ahn SH, An YL, Yoo YS, Ando M, Yoon SJ. [Effects of a short-term life review on spiritual well-being, depression, and anxiety in terminally ill cancer patients]. J Korean Acad Nurs. 2012 Feb;42(1):28-35.
9. Pascual MC. Evaluación de los cuidados en el proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos bajo la perspectiva enfermera. NURE Inv. Nov-Dic 2013; 10(67).
10. Altuna E, Sola MC. Aprender a morir es aprender a vivir. Rev ROL Enf 2007; 30(10); 674.
11. López Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2007.

12. Grupo de Trabajo en Cuidados Paliativos. Plan Galego de Cuidados Paliativos. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Santiago de Compostela; 2006.
13. Serrano P. Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud. Madrid: Difusión Avances de Enfermería, S.L.; 2012.
14. Hulley S, Cummings S, Browner W, Grady D, Newman T. Diseño de investigaciones clínicas. 4ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health, S.A; 2014.
15. Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 3ª ed. Washington: The Oryx Press; 2005.
16. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MR. Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. Rev Latino-am Enfermagem; 2007; 15(3).
17. Rotaeché del Campo R, Pérez I, Etxeberría A, Balagué L. Cómo formular preguntas clínicas contestables. Fisterra.com. Atención primaria en la red. Guías Clínicas; 2010; 10(18). Disponible en: [http://www.cochrane.es/files/Recursos/Formulacion\\_Preguntas\\_Clinicas\\_FISTERRA.pdf](http://www.cochrane.es/files/Recursos/Formulacion_Preguntas_Clinicas_FISTERRA.pdf)
18. Guirao-Goris J.A, Olmedo A, Ferrer E. El artículo de revisión. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria; 2006 1, 1, 6. Disponible en: <http://revista.enfermeriacomunitaria.org/articuloCompleto.php?ID=7>.
19. Abaunza A, Jaio N, Landa V, Irurzun E, Galarraga ML, Balentziaga AR, Abando N, Geijo G, Domingo C, Esparta C, Regidor I. Atención a los pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática sobre modelos organizativos en los cuidados paliativos y encuesta a los profesionales sanitarios sobre la situación de los cuidados paliativos en una comarca del País Vasco. Investigación Comisionada. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 2013. Informe Osteba D-13-10.
20. Avilés-Merens R, Morales-Morejón M. Sesgos más frecuentes en la elaboración de Revisiones Bibliográficas. Congreso Internacional de



Información info 2004. Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba; 12-16 de Abril de 2004.

21. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: Fisterra.com; 1990- [actualizada el 3 de enero de 2006; acceso 12 de enero de 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>
22. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08
23. Jo KH, Doorenbos AZ, Sung KW, Hong E, Rue T, Coenen A. Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea. Int J Palliat Nurs. 2011 Aug [cited 2014 Apr 29];17(8): 392-7.
24. Teno JM, Gozalo PL, Lee IC, Kuo S, Spence C, Connor SR, Casarett DJ. Does hospice improve quality of care for persons dying from dementia? J Am Geriatr Soc. 2011 Aug;59(8):1531-6.
25. Miranda FJ, León R, Moreno M. La conspiración de silencio: descripción de un caso clínico. Rev Paraninfo Digital; 2013. 7(19).
26. Elizasu C. El acompañamiento en fin de vida. Madrid: Editorial CCS; 2010.
27. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2011 Aug;12(8):753-62.
28. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Grupo de planes de cuidados de la AECPAL Asociación Española de Enfermeras en Cuidados Paliativos. Planes de cuidado estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. Madrid: Sanidad y Ediciones SL; 2011.

29. Vázquez D, Díez N. Cuidador familiar en el final de la vida. Dos experiencias distintas en cuidados paliativos. Arch Memoria; 2013. 10(4).
30. Lorraine E, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S. Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden, depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. J Card Fail. 2012 Dec;18(12):894-9.
31. Dyar S, Lesperance M, Shannon R, Sloan J, Colon-Otero G. A nurse practitioner directed intervention improves the quality of life of patients with metastatic cancer: results of a randomized pilot study. J Palliat Med. 2012 Aug;15(8):890-5.
32. Schmidt J, Montoya R, García-Caro MP, Cruz F. Dos procesos de fin de vida: Cuando la intervención de los profesionales marca la diferencia. Index Enferm. 2008 Dic [citado 2014 Abr 29]; 17(4): 256-260.
33. Morillo MS, Arroyo A, Romero R, Lancharro I, Calvo I, Pascual-Vaca. Estudio descriptivo de las necesidades espirituales en pacientes oncológicos paliativos terminales. Rev Etica de los cuidados; 2013. 6(11).
34. Gálvez M, Fernández C, Muñumel G, Ríos F, Fernández L, Águila B. Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos. Index Enferm. 2011 Dic; 20(4): 233-237.
35. Bermejo JC; Lozano B, Villacieros M, Carabias R. Opinión de los profesionales de cuidados paliativos sobre la atención espiritual. Rev Etica de los cuidados; 2012. 5(10).
36. Periyakoil VS, Stevens M, Kraemer H. Multicultural long-term care nurses' perceptions of factors influencing patient dignity at the end of life. J Am Geriatr Soc. 2013 Mar;61(3):440-6.
37. Bermejo JC, Lozano B, Villacieros M, Gil M. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios / Spiritual

needs in palliative care. Users assesment and experience. Med. paliat; 20(3):93-102, jul.-sept. 2013.

38. De Siqueira A, da Silva FM, de Paula VG. A enfermagem e o cuidado paliativo através da espiritualidade a pacientes fora de possibilidade terapêutica [La enfermería y los cuidados paliativos a los pacientes a través de la espiritualidad de la no posibilidad de tratamiento]. R de Pesq: cuidado é fundamental Online -Bra-; 2011. 3(4):2354-2362
39. Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, Kachnic LA, Vanderweele TJ, Balboni TA. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. J Support Oncol. 2012 Mar-Apr;10(2):81-7.

# ANEXOS

---

## **ANEXO 1: Estrategias de búsqueda**

### **BASE DE DATOS: PUBMED**

**Estrategia búsqueda:** palliative care AND (adaptation psychological OR spiritual therapies OR family relations) OR hospice care OR hospice and palliative care nursing OR terminal illness OR palliative care nursing.

Se recuperaron 20.819 referencias, a las que se le añadieron los siguientes filtros:

- ↗ Free full text → 2.385
- ↗ Desde junio 2011 → 661
- ↗ Relativo a humanos → 470
- ↗ Mayores de 18 años → 291

De estas 291 referencias se realiza una primera lectura del resumen de cada artículo en la que se descartan 207 por diversos motivos explicados a continuación:

- ✗ CP pediátricos o adolescentes → 7
- ✗ Enfermedades no terminales → 46
- ✗ No contestan a la pregunta de investigación o temas que no guardan relación con el objetivo a revisar → 78
- ✗ Manejo y tratamiento de síntomas determinados → 10
- ✗ Realización de técnicas medicas → 29
- ✗ Tratamientos farmacológicos y radioterapia → 37

Finalmente se analizaron en profundidad las 84 referencias restantes, de las cuales fueron pertinentes 7.

## BASE DE DATOS: BVS

Se realizó una búsqueda en la biblioteca virtual de la salud que trabaja con bases de datos como: IBECs, LILACS y Medline.

**Estrategia de búsqueda:** afrontamiento AND muerte.

Se obtuvieron 31 referencias, se filtraron las búsquedas desde junio del 2011 y quedaron 12 referencias de las que se leyeron los resúmenes, pero solo fue pertinente una para la revisión.

## BASE DE DATOS: CUIDEN

Se realizó una búsqueda en la base de datos específica de enfermería CUIDEN.

**Estrategia de búsqueda:** enfermería AND paliativa.

Se filtró la búsqueda desde junio de 2011 y aparecieron 16 referencias bibliográficas, de las cuales fueron seleccionadas para la revisión 5.

## BASE DE DATOS: OvidSP

Por último, se realizó una búsqueda en la base de datos OvidSP.

**Estrategia de búsqueda:**

#	Búsquedas	Resultados
1	Death /	1666
2	Nurses/ OR Nursing care/	4.351
3	1 AND 2	130
4	3 AND 2011:2013.(sa_year).	12

De las 12 referencias finales solo una se adecuaba a la pregunta de investigación.

## **ANEXO 2: Tablas de Resultados**

<b>Tabla de resultados (PUBMED)</b>	
<b>Referencia bibliográfica</b>	<b>Adecuación al trabajo</b>
1. Devik SA, Enmarker I, Hellzen O. When expressions make impressions-nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: a phenomenological-hermeneutic approach to understanding. <i>Int J Qual Stud Health Well-being</i> . 2013 Oct 17; 8:21880.	No, experiencias de enfermeras domiciliarias de CP.
2. Periyakoil VS. Frailty as a terminal illness. <i>Am Fam Physician</i> . 2013 Sep 15;88(6):363-8.	No, Dx en Medicare.
3. Kao CY, Cheng SY, Chiu TY, Chen CY, Hu WY. Does the awareness of terminal illness influence cancer patients' psycho-spiritual state, and their DNR signing: a survey in Taiwan. <i>Jpn J Clin Oncol</i> . 2013 Sep;43(9):910-6.	No, estudio sobre ocultar el dx.
4. Cheng SY, Dy S, Huang SB, Chen CY, Chiu TY. Comparison of proxy ratings of main family caregivers and physicians on the quality of dying of terminally ill cancer patients. <i>Jpn J Clin Oncol</i> . 2013 Aug;43(8):795-804.	No, intervenciones médicas.
5. Slort W, Blankenstein AH, Schweitzer BP, Knol DL, Deliëns L, Aaronson NK, van der Horst HE. Effectiveness of the ACA (Availability, Current issues and Anticipation) training programme on GP-patient communication in palliative care; a controlled trial. <i>BMC Fam Pract</i> . 2013 Jul 2;14:93.	No, intervenciones médicas.
6. Wise M, Marchand L. Living fully in the shadow of mortal time: psychosocial assets in advanced cancer. <i>J Palliat Care</i> . 2013 Summer;29(2):76-82.	No, estrategias personales de los pacientes con Ca.
7. Watanabe M, Yamamoto-Mitani N, Nishigaki M, Okamoto Y, Igarashi A, Suzuki M. Care managers' confidence in managing home-based end-of-life care: a cross-sectional study. <i>BMC Geriatr</i> . 2013 Jul 1;13:67.	No, confianza en los gestores de la atención.
8. Grant M, Sun V, Fujinami R, Sidhu R, Otis-Green S, Juarez G, Klein L, Ferrell B. Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in non-small cell lung cancer. <i>Oncol Nurs Forum</i> . 2013 Jul;40(4):337-46.	No, sobrecarga del cuidador.
9. Balboni TA, Balboni M, Enzinger AC, Gallivan K, Paulk ME, Wright A, Steinhilber K, VanderWeele TJ, Prigerson HG. Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. <i>JAMA Intern Med</i> . 2013 Jun 24;173(12):1109-17. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.903. PubMed PMID: 23649656; PubMed Central PMCID: PMC3791610	No, apoyo de comunidades religiosas.
10. Joshi R. Family meetings: an essential component of comprehensive palliative care. <i>Can Fam Physician</i> . 2013 Jun;59(6):637-9.	No, beneficio de las reuniones familiares.
11. Van der Steen JT, Onwuteaka-Philipsen BD, Knol DL, Ribbe MW, Deliëns L. Caregivers' understanding of dementia predicts patients' comfort at death: a prospective observational study. <i>BMC Med</i> . 2013 Apr 11;11:105.	No, educación en la demencia.
12. Salas SP. [Bereavement without farewell]. <i>Rev Med Chil</i> . 2013 Apr;141(4):546-7.	No, muerte fetal.

13. Torres-Mesa LM, Schmidt-Riovalle J, García-García I. [Legislative knowledge and preparation of health personnel for the care process of death]. Rev Esc Enferm USP. 2013 Apr;47(2):464-70.	No, percepción que los profesionales tienen de sus habilidades en CP.
14. Gao X, Prigerson HG, Diamond EL, Zhang B, Wright AA, Meyer F, Maciejewski PK. Minor cognitive impairments in cancer patients magnify the effect of caregiver preferences on end-of-life care. J Pain Symptom Manage. 2013 Apr;45(4):650-9.	No, déficit cognitivo al final de la vida.
15. Guldin MB, Vedsted P, Jensen AB, Olesen F, Zachariae R. Bereavement care in general practice: a cluster-randomized clinical trial. Fam Pract. 2013 Apr;30(2):134-41.	No, manejo del duelo.
16. Maloney C, Lyons KD, Li Z, Hegel M, Ahles TA, Bakitas M. Patient perspectives on participation in the ENABLE II randomized controlled trial of a concurrent oncology palliative care intervention: benefits and burdens. Palliat Med. 2013 Apr;27(4):375-83.	No, participación de pacientes terminales en estudios.
17. Bausewein C, Calanzani N, Daveson BA, Simon ST, Ferreira PL, Higginson IJ, Bechinger-English D, Deliens L, Gysels M, Toscani F, Ceulemans L, Harding R, Gomes B; PRISMA. 'Burden to others' as a public concern in advanced cancer: a comparative survey in seven European countries. BMC Cancer. 2013 Mar 8;13:105.	No, síntomas que más preocuparían a la población.
18. Pinzon LC, Claus M, Perrar KM, Zepf KI, Letzel S, Weber M. Dying with dementia: symptom burden, quality of care, and place of death. Dtsch Arztebl Int. 2013 Mar;110(12):195-202.	No, atención en la fase terminal de la demencia.
19. Periyakoil VS, Stevens M, Kraemer H. Multicultural long-term care nurses' perceptions of factors influencing patient dignity at the end of life. J Am Geriatr Soc. 2013 Mar;61(3):440-6.	Si.
20. Nevadunsky NS, Spozak L, Gordon S, Rivera E, Harris K, Goldberg GL. End-of-life care of women with gynecologic malignancies: a pilot study. Int J Gynecol Cancer. 2013 Mar;23(3):546-52.	No, realización de procedimientos agresivos durante los últimos días de vida.
21. Metzger M, Norton SA, Quinn JR, Gramling R. Patient and family members' perceptions of palliative care in heart failure. Heart Lung. 2013 Mar-Apr;42(2):112-9.	No, CP en insuficiencia cardíaca.
22. Hanratty B, Addington-Hall J, Arthur A, Cooper L, Grande G, Payne S, Seymour J. What is different about living alone with cancer in older age? A qualitative study of experiences and preferences for care. BMC Fam Pract. 2013 Feb 20;14:22.	No, ancianos con Ca que viven solos.
23. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, Leland NE, Miller SC, Morden NE, Scupp T, Goodman DC, Mor V. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. JAMA. 2013 Feb 6;309(5):470-7.	No, donde murieron los usuarios de Medicare en un periodo determinado.
24. Bischoff KE, Sudore R, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults. J Am Geriatr Soc. 2013 Feb;61(2):209-14.	No, muertes en el hospital Vs casa.
25. Garner KK, Goodwin JA, McSweeney JC, Kirchner JE. Nurse executives' perceptions of end-of-life care provided in hospitals. J Pain Symptom Manage. 2013 Feb;45(2):235-43.	No, percepciones de los directivos sobre los



	hospitales.
26. Wright AA, Stieglitz H, Kupersztoch YM, Paulk ME, Kim Y, Katz IT, Munoz F, Jimenez RB, Mutchler J, Rivera L, Back AL, Prigerson HG. United states acculturation and cancer patients' end-of-life care. PLoS One. 2013;8(3):e58663.	No, cultura de los pacientes y preferencia de tto.
27. Chang YJ, Kwon YC, Lee WJ, Do YR, Seok LK, Kim HT, Park SR, Hong YS, Chung IJ, Yun YH. Burdens, needs and satisfaction of terminal cancer patients and their caregivers. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(1):209-16.	No, entrevista para determinar si los enfermos se consideraban una carga para sus familias
28. Rocque GB, Barnett AE, Illig LC, Eickhoff JC, Bailey HH, Campbell TC, Stewart JA, Cleary JF. Inpatient hospitalization of oncology patients: are we missing an opportunity for end-of-life care? J Oncol Pract. 2013 Jan;9(1):51-4.	No, hospitalización de pacientes con Ca.
29. Sizoo EM, Taphoorn MJ, Uitdehaag B, Heimans JJ, Deliens L, Reijneveld JC, Pasman HR. The end-of-life phase of high-grade glioma patients: dying with dignity? Oncologist. 2013;18(2):198-203.	No, intervenciones medicas.
30. Wittenberg-Lyles E, Oliver DP, Kruse RL, Demiris G, Gage LA, Wagner K. Family caregiver participation in hospice interdisciplinary team meetings: how does it affect the nature and content of communication? Health Commun. 2013;28(2):110-8.	No, afrontamiento de la muerte del cuidador.
31. Mack JW, Cronin A, Keating NL, Taback N, Huskamp HA, Malin JL, Earle CC, Weeks JC. Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. J Clin Oncol. 2012 Dec 10;30(35):4387-95.	No, intervenciones medicas.
32. Lorraine E, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S. Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden, depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. J Card Fail. 2012 Dec;18(12):894-9.	Si.
33. Daaleman TP. A health services framework of spiritual care. J Nurs Manag. 2012 Dec;20(8):1021-8.	No, encargados de la atención espiritual.
34. Miller SC, Lima JC, Mitchell SL. Influence of hospice on nursing home residents with advanced dementia who received Medicare-skilled nursing facility care near the end of life. J Am Geriatr Soc. 2012 Nov;60(11):2035-41.	No, síntomas físicos.
35. Fukui S, Yoshiuchi K. Associations with the Japanese population's preferences for the place of end-of-life care and their need for receiving health care services. J Palliat Med. 2012 Oct;15(10):1106-12.	No, preferencias de atención al final de la vida.
36. Kiely DK, Shaffer ML, Mitchell SL. Scales for the evaluation of end-of-life care in advanced dementia: sensitivity to change. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2012 Oct-Dec;26(4):358-63.	No, intervenciones medicas.
37. Williams SW, Zimmerman S, Williams CS. Family caregiver involvement for long-term care residents at the end of life. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2012 Sep;67(5):595-604.	No, participación de los cuidadores informales en el cuidado.
38. Schenker Y, Fernandez A, Kerr K, O'Riordan D, Pantilat SZ. Interpretation for discussions about end-of-life issues: results from a National Survey of Health Care Interpreters. J Palliat Med. 2012 Sep;15(9):1019-26.	No, intervenciones medicas.
39. De Korte-Verhoef MC, Pasman HR, Schweitzer BP, Francke AL,	No,

Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. End-of-life hospital referrals by out-of-hours general practitioners: a retrospective chart study. BMC Fam Pract. 2012 Aug 22;13:89.	intervenciones médicas.
40. Jeurkar N, Farrington S, Craig TR, Slattery J, Harrold JK, Oldanie B, Teno JM, Casarett DJ. Which hospice patients with cancer are able to die in the setting of their choice? Results of a retrospective cohort study. J Clin Oncol. 2012 Aug 1;30(22):2783-7. doi: 10.1200/JCO.2011.41.5711. Epub 2012 Jun 25. PubMed PMID: 22734023; PubMed Central PMCID: PMC340	No, preferencia de lugar de muerte.
41. Dyar S, Lesperance M, Shannon R, Sloan J, Colon-Otero G. A nurse practitioner directed intervention improves the quality of life of patients with metastatic cancer: results of a randomized pilot study. J Palliat Med. 2012 Aug;15(8):890-5.	Si.
42. Maciejewski PK, Phelps AC, Kacel EL, Balboni TA, Balboni M, Wright AA, Pirl W, Prigerson HG. Religious coping and behavioral disengagement: opposing influences on advance care planning and receipt of intensive care near death. Psychooncology. 2012 Jul;21(7):714-23.	No, afrontamiento espiritual personal.
43. Cowall DE, Yu BW, Heineken SL, Lewis EN, Chaudhry V, Daugherty JM. End-of-life care at a community cancer center. J Oncol Pract. 2012 Jul;8(4):e40-4.	No, recursos para atención del Ca en fase final.
44. Tallman K, Greenwald R, Reidenouer A, Pantel L. Living with advanced illness: longitudinal study of patient, family, and caregiver needs. Perm J. 2012 Summer;16(3):28-35.	No, necesidades de pacientes terminales.
45. Liu H, Guo H, Wang Y, Liu R, Chu L, Cui M. [Survival and its influencing factors of the lung cancer patients with hospice service]. Zhongguo Fei Ai Za Zhi. 2012 Jul;15(7):409-15.	No, supervivencia de los pacientes con Ca de pulmón.
46. Smith AK, McCarthy E, Weber E, Cenzer IS, Boscardin J, Fisher J, Covinsky K. Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. Health Aff (Millwood). 2012 Jun;31(6):1277-85.	No, visitas a urgencias en los últimos días.
47. Choi JE, Miyashita M, Hirai K, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Shima Y, Kim BH. Making the decision for home hospice: perspectives of bereaved Japanese families who had loved ones in home hospice. Jpn J Clin Oncol. 2012 Jun;42(6):498-505.	No, hospicio en casa.
48. Kirchoff KT, Hammes BJ, Kehl KA, Briggs LA, Brown RL. Effect of a disease-specific advance care planning intervention on end-of-life care. J Am Geriatr Soc. 2012 May;60(5):946-50.	No, atención al final de la vida.
49. Miesfeldt S, Murray K, Lucas L, Chang CH, Goodman D, Morden NE. Association of age, gender, and race with intensity of end-of-life care for Medicare beneficiaries with cancer. J Palliat Med. 2012 May;15(5):548-54.	No, tipo de beneficiarios de Medicare.
50. Trevino KM, Maciejewski PK, Fasciano K, Greer J, Partridge A, Kacel EL, Block S, Prigerson HG. Coping and psychological distress in young adults with advanced cancer. J Support Oncol. 2012 May-Jun;10(3):124-30.	No, estrategias de afrontamiento de pacientes jóvenes con Ca.
51. Cavers D, Hacking B, Erridge SE, Kendall M, Morris PG, Murray SA. Social, psychological and existential well-being in patients with glioma and their caregivers: a qualitative study. CMAJ. 2012 Apr 17;184(7):E373-82.	No, intervenciones médicas.
52. Mukamel DB, Caprio T, Ahn R, Zheng NT, Norton S, Quill T, Temkin-Greener H. End-of-life quality-of-care measures for nursing homes: place of death and hospice. J Palliat Med. 2012 Apr;15(4):438-46.	No, calidad de la atención en Medicare.

53. Patel B, Gorawara-Bhat R, Levine S, Shega JW. Nurses' attitudes and experiences surrounding palliative sedation: components for developing policy for nursing professionals. J Palliat Med. 2012 Apr;15(4):432-7.	No, actitud y experiencia de enfermeras con la sedación paliativa.
54. Morden NE, Chang CH, Jacobson JO, Berke EM, Bynum JP, Murray KM, Goodman DC. End-of-life care for Medicare beneficiaries with cancer is highly intensive overall and varies widely. Health Aff (Millwood). 2012 Apr;31(4):786-96.	No, atención de los pacientes con Ca en Medicare.
55. Spencer RJ, Ray A, Pirl WF, Prigerson HG. Clinical correlates of suicidal thoughts in patients with advanced cancer. Am J Geriatr Psychiatry. 2012 Apr;20(4):327-36.	No, intervenciones médicas para evitar el suicidio.
56. Anderson JG, Taylor AG. Use of complementary therapies for cancer symptom management: results of the 2007 National Health Interview Survey. J Altern Complement Med. 2012 Mar;18(3):235-41.	No, uso de terapias complementarias.
57. Penrod J, Hupcey JE, Shipley PZ, Loeb SJ, Baney B. A model of caregiving through the end of life: seeking normal. West J Nurs Res. 2012 Mar;34(2):174-93.	No, cuidadores informales.
58. Ellington L, Reblin M, Clayton MF, Berry P, Mooney K. Hospice nurse communication with patients with cancer and their family caregivers. J Palliat Med. 2012 Mar;15(3):262-8.	No, habilidades de comunicación.
59. Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, Kachnic LA, Vanderweele TJ, Balboni TA. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. J Support Oncol. 2012 Mar-Apr;10(2):81-7.	Si.
60. Mack JW, Cronin A, Taback N, Huskamp HA, Keating NL, Malin JL, Earle CC, Weeks JC. End-of-life care discussions among patients with advanced cancer: a cohort study. Ann Intern Med. 2012 Feb 7;156(3):204-10.	No, intervenciones médicas.
61. Ahn SH, An YL, Yoo YS, Ando M, Yoon SJ. [Effects of a short-term life review on spiritual well-being, depression, and anxiety in terminally ill cancer patients]. J Korean Acad Nurs. 2012 Feb;42(1):28-35.	Si.
62. Sawin EM. "The Body Gives Way, Things Happen": older women describe breast cancer with a non-supportive intimate partner. Eur J Oncol Nurs. 2012 Feb;16(1):64-70.	No, mujeres con Ca de mama que no tienen apoyo de sus maridos.
63. Park SA, Chung SH, Shin EH. Attitudes of nurses toward supportive care for advanced cancer patients. Asian Pac J Cancer Prev. 2012;13(10):4953-8.	No, nuevo sistema de CP.
64. Lotto L, Manfrinati A, Rigoni D, Rumiati R, Sartori G, Birbaumer N. Attitudes towards end-of-life decisions and the subjective concepts of consciousness: an empirical analysis. PLoS One. 2012;7(2):e31735.	No, derecho a morir.
65. Scotté F. The importance of supportive care in optimizing treatment outcomes of patients with advanced prostate cancer. Oncologist. 2012;17 Suppl 1:23-30.	No, tto en Ca de próstata.
66. Miller SC, Lima JC, Looze J, Mitchell SL. Dying in U.S. nursing homes with advanced dementia: how does health care use differ for residents with, versus without, end-of-life Medicare skilled nursing facility care? J Palliat Med. 2012 Jan;15(1):43-50.	No, morir en hogares de ancianos.
67. Alifrangis C, Koizia L, Rozario A, Rodney S, Harrington M, Somerville C, Peplow T, Waxman J. The experiences of cancer patients. QJM. 2011 Dec;104(12):1075-81.	No, intervenciones médicas.

58. Balboni T, Balboni M, Paulk ME, Phelps A, Wright A, Peteet J, Block S, Lathan C, Vanderweele T, Prigerson H. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. <i>Cancer</i> . 2011 Dec 1;117(23):5383-91.	No, intervenciones médicas.
59. Thoonsen B, Groot M, Engels Y, Prins J, Verhagen S, Galesloot C, van Weel C, Vissers K. Early identification of and proactive palliative care for patients in general practice, incentive and methods of a randomized controlled trial. <i>BMC Fam Pract</i> . 2011 Nov 3;12:123.	No, identificación temprana de pacientes paliativos.
70. Blecker S, Anderson GF, Herbert R, Wang NY, Brancati FL. Hospice care and resource utilization in Medicare beneficiaries with heart failure. <i>Med Care</i> . 2011 Nov;49(11):985-91.	No, recursos de los beneficiarios de Medicare.
71. Sheffield KM, Boyd CA, Benarroch-Gampel J, Kuo YF, Cooksley CD, Riall TS. End-of-life care in Medicare beneficiaries dying with pancreatic cancer. <i>Cancer</i> . 2011 Nov 1;117(21):5003-12.	No, cuidado de los pacientes con Ca de páncreas en Medicare.
72. Bell CL, Kuriya M, Fischberg D. Hospice referrals and code status: outcomes of inpatient palliative care consultations among Asian Americans and Pacific Islanders with cancer. <i>J Pain Symptom Manage</i> . 2011 Oct;42(4):557-64.	No, cambio de código de consulta.
73. Gozalo P, Teno JM, Mitchell SL, Skinner J, Bynum J, Tyler D, Mor V. End-of-life transitions among nursing home residents with cognitive issues. <i>N Engl J Med</i> . 2011 Sep 29;365(13):1212-21.	No, fin de vida en hogares de ancianos.
74. Fukui S, Fujita J, Tsujimura M, Sumikawa Y, Hayashi Y, Fukui N. Late referrals to home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: a nationwide survey. <i>Ann Oncol</i> . 2011 Sep;22(9):2113-20.	No, lugar de muerte de los pacientes.
75. Sharma RK, Hughes MT, Nolan MT, Tudor C, Kub J, Terry PB, Sulmasy DP. Family understanding of seriously-ill patient preferences for family involvement in healthcare decision making. <i>J Gen Intern Med</i> . 2011 Aug;26(8):881-6.	No, toma de decisiones de los familiares.
76. Teno JM, Gozalo PL, Lee IC, Kuo S, Spence C, Connor SR, Casarett DJ. Does hospice improve quality of care for persons dying from dementia? <i>J Am Geriatr Soc</i> . 2011 Aug;59(8):1531-6.	Si.
77. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. <i>Lancet Oncol</i> . 2011 Aug;12(8):753-62.	Si.
78. Fratezi FR, Gutierrez BA. [Family caregiver of elderly patients in palliative care: the process of dying at home]. <i>Cien Saude Colet</i> . 2011 Jul;16(7):3241-8.	No, morir en casa.
79. Johnson KS, Tulsy JA, Hays JC, Arnold RM, Olsen MK, Lindquist JH, Steinhauer KE. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? <i>J Gen Intern Med</i> . 2011 Jul;26(7):751-8.	No, espiritualidad relacionada con ansiedad.
30. Singh D, Chaudoir SR, Escobar MC, Kalichman S. Stigma, burden, social support, and willingness to care among caregivers of PLWHA in home-based care in South Africa. <i>AIDS Care</i> . 2011 Jul;23(7):839-45.	No, discriminación de los cuidadores de pacientes con VIH.
31. Goodman D. End-of-life cancer care in Ontario and the United States: quality by accident or quality by design? <i>J Natl Cancer Inst</i> . 2011 Jun 8;103(11):840-1.	No, comparación de cuidados en dos hospitales.
32. Warren JL, Barbera L, Bremner KE, Yabroff KR, Hoch JS, Barrett MJ, Luo J, Krahn MD. End-of-life care for lung cancer patients in the United States and Ontario. <i>J Natl Cancer Inst</i> . 2011 Jun	No, comparación de atención en diferentes

8;103(11):853-62.	sistemas.
33. Rosenfeld B, Pessin H, Lewis C, Abbey J, Olden M, Sachs E, Amakawa L, Kolva E, Brescia R, Breitbart W. Assessing hopelessness in terminally ill cancer patients: development of the Hopelessness Assessment in Illness Questionnaire. Psychol Assess. 2011 Jun;23(2):325-36.	No, cuestionario para evaluar la desesperanza.
34. Loke SS, Rau KM, Huang CF. Impact of combined hospice care on terminal cancer patients. J Palliat Med. 2011 Jun;14(6):683-7.	No, cuidados de hospicio en el paciente terminal.

<b>Tabla de resultados (BVS)</b>	
<b>Referencia bibliográfica</b>	<b>Adecuación al trabajo</b>
1. Acosta P. Diferentes maneras de afrontar la muerte. Estudiantes y profesionales de enfermería / Different ways of coping the death of nursing students and professionals. Rev. Rol enferm. 2014; 37(1):26-29.	No, texto completo no disponible.
2. Hanzeliková A, García MV, Serrano C, López B, Barriga JM, Martín JL. Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte / Nursing students' reflections on the death process. Enferm. Glob. 2014; 13(1):133-156.	No, reflexiones de alumnos sobre la muerte.
3. Bermejo JC, Lozano B, Villaceros M, Gil M. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios / Spiritual needs in palliative care. Users assesment and experience. Med. paliat; 20(3):93-102, jul.-sept. 2013.	Si.
4. Siracusa F, Cruz F, Pérez MN, García MP, Schmidt J, Vera M. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en padres de niños de primaria / No disponible. Psicol. Conduct. 2011; 19(3):627-642.	No, niños.
5. Bosquet-del Moral L, Campos-Calderón C, Hueso-Montoro C, Pérez-Marfil N, Hernández-Molinero A, Cruz-Quintana F, Arcos-Ocón L. Vivencias y experiencias de duelo en madres tras un proceso de enfermedad oncológica de sus hijos / Grieving experiences in mothers after the death of a child due to cancer. Med. Paliat.2012; 19(2):64-72.	No, niños.
6. Naudeillo M, Escola A, Quera D, Junyent J, Amor M, Revilla A, Saiz N. Análisis del duelo en una muestra de familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos / Analysis of grief in relatives after the death of patients admitted to a Palliative Care Unit. Med. Paliat. 2012; 19(1):10-16.	No, duelo familiar.
7. Cumplido R, Molina C. Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos / Qualitative approach to coping with the death in intensive care professionals. Med. Paliat. 2011; 18(4):141-148.	No, estrés de los profesionales.
8. Schmidt-RioValle J, Montoya-Juarez R, Campos-Calderon C, Garcia-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte / The effects of a training program on coping with death in palliative care. Med. Paliat.2012; 19(3):113-120.	No, afrontamiento de la muerte de los estudiantes de enfermería.
9. Ballester R, Gil B, Gómez S, Gil MD. Afrontamiento de la muerte en familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: valoración diferencial en función de variables	No, aspectos que ayudan a los familiares de

sociodemográficas / Confronting death in families of patients admitted to Intensive Care Units: differential assessment using sociodemographic variables. Med. Paliat. 2011; 18(2):46-53.	pacientes a afrontar la muerte.
10. López MP, Torrejón G, Martín A, Martín J, Pleite F, Torres MA. Estrés y satisfacción laboral de las enfermeras de hospitales toledanos / Stress and occupational satisfaction of nurses in hospitals of the province of Toledo. Metas enferm. 2011; 14(8):8-14.	No, estrés y satisfacción laboral de enfermería.
11. Díaz V, García ME, Campo E, Marín D. La construcción social del duelo en el aborto espontáneo / The social construction of grief in mis carriage. Metas enferm. 2010; 13(6):25-32.	No, duelo en el aborto.
12. Salvador M. Acompañar en la muerte. Competencias de afrontamiento y autoeficacia / Accompany death. Rev. Rol enferm. 2010; 33(11):742-754.	No, afrontamiento de las enfermeras hacia la muerte.

<b>Tabla de resultados: CUIDEN</b>	
<b>Referencia bibliográfica</b>	<b>Adecuación al trabajo</b>
1. Romero N. Cuando se termina la esperanza. Arch Memoria; 2014. 11(1).	No, caso real de curas diarias domiciliarias.
2. Morillo MS, Arroyo A, Romero R, Lancharro I, Calvo I, Pascual-Vaca. Estudio descriptivo de las necesidades espirituales en pacientes oncológicos paliativos terminales. Rev Etica de los cuidados; 2013. 6(11).	Si.
3. Miranda FJ, León R, Moreno M. La conspiración de silencio: descripción de un caso clínico. Rev Paraninfo Digital; 2013. 7(19).	Si.
4. Meneses V, Meneses MT, Campos MJ, Moreno AM. Sedación paliativa y marco social desde la perspectiva enfermera. Rev Paraninfo Digital; 2013. 7(19).	No, sedación paliativa.
5. Abdel M, Barranco G, Martínez M. Dondequiera que vaya, seré tu ángel de la guarda. Un Glioblastoma Multiforme. Arch Memoria; 2013. 10(4).	No, caso real, experiencia de una cuidadora informal.
6. Vázquez D, Díez N. Cuidador familiar en el final de la vida. Dos experiencias distintas en cuidados paliativos. Arch Memoria; 2013. 10(4).	Si.
7. Sierra M, Getino M. La atención espiritual al final de la vida en los domicilios. Rev ROL Enferm; 2013. 36(9):596-601	No, texto completo no disponible.
8. Maestre JJ, Caro MO, López FB, Calleja D, Martín MV. Adecuación del entorno en la fase final de la vida. Ciber Revista -Esp-; 2013. 29:8	No, adecuación del entorno de urgencias.
9. Cejudo A, López B, Crespo P, Duarte M, Coronado C, de la Fuente C. Motivos para la conspiración de silencio a través del relato de una cuidadora familiar. Rev Etica de los cuidados; 2012. 5(10).	No, conspiración del silencio.
10. Bermejo JC; Lozano B, Villacieros M, Carabias R. Opinión de los profesionales de cuidados paliativos sobre la atención espiritual. Rev Etica de los cuidados; 2012. 5(10).	Si.
11. Calero MR, Pedregal M. La comunicación enfermera con el	No, comunicación

paciente oncológico terminal. Rev Etica de los cuidados; 2012. 5(10).	enfermera con el paciente terminal.
12.Espinar V. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. Cuad Bioética; 2012. 23(77):169-176	No, medicina paliativa.
13.De Siqueira A, da Silva FM, de Paula VG. A enfermagem e o cuidado paliativo através da espiritualidade a pacientes fora de possibilidade terapêutica [La enfermería y los cuidados paliativos a los pacientes a través de la espiritualidad de la no posibilidad de tratamiento]. R de Pesq: cuidado é fundamental Online -Bra-; 2011. 3(4):2354-2362	Si.
14.Sales CA, Artibale EF. O cuidar na terminalidade da vida: escutando os familiares [El cuidado en la vida de terminalidad: escuchar a los familiares]. Ciência, Cuidado e Saúde; 2011. 10(4):666-673	No, atención a los familiares.
15.Mendes AF, Guerra GM, Tsunem M, Herbas JS. Diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos: NANDA 1 [Diagnósticos de enfermería en cuidados paliativos: NANDA 1]. Nursing; 2011. 14(161):528-539	No, texto completo no disponible.
16.Martins M, Paes MJ. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos [El conocimiento de estrategias de comunicación en la atención de la dimensión emocional en cuidados paliativos]. Texto Contexto Enferm; 2012. 21(1):121-129	No, estrategias de comunicación en CP.

<b>Tabla de resultados: OvidSP</b>	
<b>Referencia bibliográfica</b>	<b>Adecuación al trabajo</b>
1. Van Brummen B, Griffiths L. Working in a medicalised world: The experiences of palliative care nurse specialists and midwives. Int J Palliat Nurs. 2013 Feb [cited 2014 Apr 29];19(2): 85-91.	No, experiencias enfermeras.
2. Peters L, Cant R, Sellick K, O'Connor M, Lee S, Burney S. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. Int J Palliat Nurs. 2012 Nov [cited 2014 Apr 29];18(11): 561-7.	No, estrés de las enfermeras.
3. Boling PA. Aligning prognosis, patient goals, policy, and care models for palliative care in nursing homes. Arch Intern Med. 2012 Nov 12 [cited 2014 Apr 29];172(20): 1580-1.	No, cuidados en geriatricos.
4. Aragon K, Covinsky K, Miao Y, Boscardin WJ, Flint L, Smith AK. Use of the medicare posthospitalization skilled nursing benefit in the last 6 months of life. Arch Intern Med. 2012 Nov 12 [cited 2014 Apr 29];172(20): 1573-9.	No, intervenciones médicas.
5. Brazil K, Brink P, Kaasalainen S, Kelly ML, McAiney C. Knowledge and perceived competence among nurses caring for the dying in long-term care homes. Int J Palliat Nurs. 2012 Feb [cited 2014 Apr 29];18(2): 77-83.	No, percepciones enfermeras.
6. Caring for parents following the death of a twin: A student's experience. Br J Midwifery. 2011 Oct [cited 2014 Apr 29];19(10): 665-9.	No, pediátrico.
7. Wallerstedt B, Benzein E, Andershed B. Sharing living and dying: A balancing act between vulnerability and a sense of security. Enrolled nurses' experiences of working in the sitting service, for dying patients at home. Palliat Support Care. 2011	No, experiencias de las enfermeras.

Sep [cited 2014 Apr 29];9(3): 295-303.	
<b>8.</b> Emilsdottir AL, Gustafsdottir M. End of life in an Icelandic nursing home: An ethnographic study. Int J Palliat Nurs. 2011 Aug [cited 2014 Apr 29];17(8): 405-11.	No, comparación de modelos de cuidado.
<b>9.</b> Jo KH, Doorenbos AZ, Sung KW, Hong E, Rue T, Coenen A. Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea. Int J Palliat Nurs. 2011 Aug [cited 2014 Apr 29];17(8): 392-7.	Si.
<b>10.</b> Wai Chan T, Poon E, Hegney DG. What nurses need to know about Buddhist perspectives of end-of-life care and dying. Prog Palliat Care. 2011 Mar [cited 2014 Apr 29];19(2): 61-5.	No, religion budista.
<b>11.</b> Reid M, McDowell J, Hoskins R. Communicating news of a patient's death to relatives. Br J Nurs. 2011 Jun 24 [cited 2014 Apr 29];20(12): 737-42.	No, como comunicar noticias.
<b>12.</b> Heidenwolf Weaver S. Your final assessment: Determination of death. Nursing. 2011 Feb [cited 2014 Apr 29];41(2): 60-2.	No, intervenciones médicas.



## **ANEXO 3: Revistas, material docente, guías y libros**

<b>Revistas de enfermería</b>	
<b>Referencia bibliográfica</b>	<b>Adecuación al trabajo</b>
1. Pascual MC. Evaluación de los cuidados en el proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos bajo la perspectiva enfermera. NURE Inv. Nov-Dic 2013; 10(67).	Si.
2. Schmidt J, Montoya R, García-Caro MP, Cruz F. Dos procesos de fin de vida: Cuando la intervención de los profesionales marca la diferencia. Index Enferm. 2008 Dic [citado 2014 Abr 29]; 17(4): 256-260.	Si.
3. Gálvez M, Fernández C, Muñumel G, Ríos F, Fernández L, Águila B. Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos. Index Enferm. 2011 Dic; 20(4): 233-237.	Si.
4. Iglesias ML, Lafuente A. Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. Anales Sis San Navarra. [citado 2014 Abr 29].	Si.
5. Pichardo GLM, Diner K. La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. An Med Asoc Med Hosp ABC; 2010; 55(3).	Si.

<b>Material docente</b>	
<b>Referencia bibliográfica</b>	<b>Adecuación al trabajo</b>
1. López Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2007.	Si.
2. Altuna E, Solá MC. Aprender a morir es aprender a vivir. Rev Rol Enf. 2007; 30(10); 674.	Si.
3. Astudillo Alarcón W., Díaz-Albo E., García Calleja J.M., Mendinueta C., Granja P., Fuente Hontañón C. De de la et al . Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional: international solidarity. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2009 Mayo [citado 2014 Mayo 14] ; 16(4): 246-255.	Si.

<b>GPC, SECPAL y AECPAL</b>	
<b>Referencia bibliográfica</b>	<b>Adecuación al trabajo</b>
1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Grupo de planes de cuidados de la AECPAL Asociación Española de Enfermeras en Cuidados Paliativos. Planes de cuidado estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. Madrid: Sanidad y Ediciones SL; 2011.	Si.
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.	Si.

Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08	
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. Disponible en: <a href="http://www.secpal.com/guiacp/">http://www.secpal.com/guiacp/</a> .	Si.

<b>Libros</b>	
<b>Referencia bibliográfica</b>	<b>Adecuación al trabajo</b>
1. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. 2ª ed. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas; 2005	Si.
2. Zurriarán RG. Cuidar cuando no es posible curar: Los cuidados paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado. Logroño: Universidad de La Rioja. Servicio de publicaciones; 2011.	Si.
3. Martínez MB, Monleón M, Carretero Y, García-Baquero MT. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona: Elsevier; 2012.	Si.
4. Elizasu C. El acompañamiento en fin de vida. Madrid: Editorial CCS; 2010.	Si.

## **ANEXO 4: Tablas de evidencia**

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Abaunza 2013</p>	<p><b>Objetivos:</b> Evaluar y sintetizar la información existente en la literatura sobre la efectividad de los distintos modelos de atención a los pacientes en la fase final de la vida en entornos similares al nuestro.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> 01/2008 - 06/2011</p> <p><b>Diseño:</b> Revisiones sistemáticas y Ensayos clínicos.</p>	<p><b>Población:</b> Se incluyeron hombres y mujeres adultos (mayores de 18 años) diagnosticados de enfermedad en estadioterminal (origen oncológico y no oncológico) e incluidos en un programa de cuidados paliativos.</p>	<p><b>Intervención:</b> Se incluyeron los estudios en los que se comparaban distintos modelos organizativos de cuidados paliativos especializados entre sí o frente a un modelo de cuidados habituales.</p>	<p><b>Comparación:</b> Si</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> Se encontraron 1.187 artículos, tras una lectura inicial se seleccionaron 26, y de esos 26 se excluyeron 22 por distintos motivos.</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> Las revisiones sistemáticas analizadas se caracterizan por ser de buena calidad, si bien los estudios incluidos en estas revisiones y los EC evaluados son heterogéneos, escasos en número, con muestras pequeñas y elevado índice de abandonos por lo que su potencia estadística puede resultar insuficiente.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> La implementación de un modelo organizativo de cuidados paliativos específicos resulta más eficaz que los cuidados tradicionales o convencionales.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Se trata de una investigación metodológicamente robusta cuyo objetivo abarca nuestra pregunta de investigación.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 1a</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> A</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	EXPOSICIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Jo 2011.</p>	<p><b>Diseño:</b> Estudio descriptivo transversal.</p> <p><b>Objetivos:</b> El presente estudio tiene como objetivo examinar la utilidad del catálogo CIPE Cuidados paliativos para una Muerte Digna en Corea del Sur.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> No se refleja.</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> La muestra final de 213 participantes incluyó 167 enfermeras clínicas de 5 hospitales diferentes y 46 enfermeras de la comunidad a partir de 7 centros de salud públicos diferentes.</p> <p><b>Características cohorte expuesta:</b> El promedio de tiempo que los participantes en el estudio habían sido empleados en enfermería fue de 10,7 años y la media de edad fue de 34,7 años. La mayoría de los participantes (62,7%) indicó que su grado más alto en la enfermería era un título de asociado. La mayoría eran empleados a tiempo completo (82,6%) y trabajan en un hospital (78,4%).</p> <p><b>Características cohorte no expuesta:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Factor de exposición:</b> Las enfermeras fueron reclutadas para completar un estudio que incluyó intervenciones del catálogo de ICNP catalogado con juegos de respuesta Likert.</p> <p><b>Tipo de Comparación:</b> No hay datos</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Perdidas: nº / grupo:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Resultados:</b> Todas las intervenciones fueron anotadas como 'ligeramente importante' por regla general. Las tres intervenciones de enfermería siguientes fueron alineadas como las más importantes para pacientes a la hora de morir: establecer confianza, establecer relación, y administrar la medicación de dolor.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Las intervenciones de cuidado paliativas catalogadas en el ICNP (Catalogo Cuidado Paliativo para Morir con dignidad) están en congruencia con las intervenciones que usan las enfermeras en Corea del Sur.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Estudio descriptivo transversal limitado por el uso de muestreo de conveniencia y enfoque en una provincia de Corea del Sur.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Media</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 2b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	EXPOSICIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Bermejo 2013</p>	<p><b>Diseño:</b> Estudio de cohortes prospectivo.</p> <p><b>Objetivos:</b> Evaluar cómo perciben los pacientes y los cuidadores principales de una unidad de cuidados paliativos la atención espiritual recibida y compararla entre grupos: paciente, cuidador durante ingreso y cuidador en seguimiento.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 06/2010 - 09/2010</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Si</p> <p><b>Características cohorte expuesta:</b> Pacientes ingresados en cuidados paliativos, cuidadores principales de esos pacientes y cuidadores principales de pacientes fallecidos hace 6 meses.</p> <p><b>Características cohorte no expuesta:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Factor de exposición:</b> Se preseleccionaron usuarios que hubieran cumplido 2 días o más de ingreso en UCP y hubieran tenido al menos un primer contacto con el agente espiritual.</p> <p><b>Tipo de Comparación:</b> Comparación de cómo perciben la atención espiritual recibida el paciente, su cuidador principal durante la experiencia del ingreso y su cuidador principal 6 meses después del fallecimiento.</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> No</p> <p><b>Perdidas: nº / grupo:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Resultados:</b> Se muestran los resultados respecto al estado emocional encontrado y diferencias estadísticamente significativas (IC 95%) entre los 3 grupos de población.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Una atención espiritual adecuada mejora la calidad de la vivencia de la fase terminal de la vida y el afrontamiento de la muerte, influyendo positivamente sobre el paciente y los familiares.</p>	<p><b>Comentarios:</b> La significatividad estadística debe extrapolarse con prudencia, ya que los tamaños muestrales son bastante diferentes.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Media</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 2b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	EXPOSICIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
Cita abreviada: Bermejo 2012.	<p><b>Diseño:</b> Estudio descriptivo transversal.</p> <p><b>Objetivos:</b> Recoger la opinión de los profesionales de una unidad de CP sobre la atención espiritual que se ofrece en la unidad donde trabajan.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 10/2010</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Del total de 21 profesionales a los que se ofreció participar, 17 aceptaron.</p> <p><b>Características cohorte expuesta:</b> Profesionales sanitarios (enfermeras, médicos y auxiliares) de una Unidad de CP.</p> <p><b>Características cohorte no expuesta:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Factor de exposición:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Tipo de Comparación:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> 10/2010</p> <p><b>Perdidas: nº / grupo:</b> No</p>	<p><b>Resultados:</b> En la medida que la atención espiritual ayuda a sentirse persona también ayuda a encontrar sentido <math>r_{6,16}=0,950</math> y a sentirse reconciliado con la propia historia (<math>r_{6,6}=0,940</math>).</p>	<p><b>Conclusiones:</b> La opinión de los profesionales de una unidad de CP sobre la atención espiritual, necesidades, sentimientos e importancia de la espiritualidad es favorable.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Se trata de un Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario ad hoc.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 2b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN SEGUIMIENTO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Miranda 2013.</p>	<p><b>Diseño:</b> Estudio prospectivo.</p> <p><b>Objetivos:</b> Demostrar como enfermería puede contribuir con un plan de cuidados adecuado a revertir la situación de conspiración de silencio y paliar el grado de ansiedad y desconfianza que provoca esta postura en el enfermo terminal.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 15 días.</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Características participantes:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Intervención:</b> Enfermería elaboró un plan de cuidados para la paciente y confeccionó una estrategia para pactar con los familiares el romper esa conspiración de silencio que se había creado.</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> 15 días.</p> <p><b>Número de pérdidas:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Resultados:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Después de llevar a cabo el plan de cuidados y realizar las distintas actividades planteadas observamos que se avanza considerablemente tanto en la reducción de la ansiedad de la paciente como en el incremento de conocimientos de su enfermedad.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Las publicaciones sobre este tema son escasas pero necesarias para una mejor planificación de cuidados al atender a estas familias.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 1b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> A</p>



REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN SEGUIMIENTO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Vázquez 2013.</p>	<p><b>Diseño:</b> Prospectivo.</p> <p><b>Objetivos:</b> Explorar el afrontamiento de la muerte en el núcleo familiar del enfermo paliativo.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> No se contempla.</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Un participante.</p> <p><b>Características participantes:</b> Mujer de Huelva de 55 años de edad al cuidado de dos enfermos terminales en distintos momentos de su vida. Experiencia profesional como celadora en una unidad de cuidados paliativos.</p>	<p><b>Intervención:</b> Si</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> Relato autobiográfico de la experiencia de la entrevistada.</p> <p><b>Número de pérdidas:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Resultados:</b> En la primera experiencia la familia no afronta la muerte de su marido y en la segunda experiencia esta permanece unida y apoya en todo momento a la enferma terminal.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Una mayor comunicación y apoyo emocional entre el enfermo paliativo y la familia permiten una adaptación más eficaz en todo el proceso de la muerte, tanto durante el transcurso de la enfermedad como posteriormente en el duelo familiar.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Este tipo de estudios permite una recogida completa y rigurosa de las vivencias personales del entrevistado.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Media</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 2b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	EXPOSICIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> De Siqueira 2011.</p>	<p><b>Diseño:</b> Estudio descriptivo - exploratorio, con el enfoque cualitativo.</p> <p><b>Objetivos:</b> Identificar la importancia de los cuidados paliativos que se proporcionan a los pacientes sin posibilidad terapéutica y describir cómo la enfermería pone en práctica los cuidados paliativos a través de la espiritualidad.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 2006 - 2009.</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Características cohorte expuesta:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Características cohorte no expuesta:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Factor de exposición:</b> Pacientes fuera de posibilidad terapéutica.</p> <p><b>Tipo de Comparación:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> 2006 - 2009.</p> <p><b>Perdidas: nº / grupo:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Resultados:</b> No refleja intervalos de confianza ni valores p.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> El papel de la enfermería es fundamental en la recuperación del paciente y en el proceso de muerte, el estado en que el paciente se encuentra se puede estabilizar a través de los cuidados paliativos introduciendo la espiritualidad en su tratamiento.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio de calidad media, ya que refleja carencias en cuanto al análisis de resultados.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Media</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 2b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	EXPOSICIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
Cita abreviada: Morillo 2013.	<p><b>Diseño:</b> Prospectivo.</p> <p><b>Objetivos:</b> Conocer las necesidades en el área espiritual de pacientes oncológicos terminales que reciben cuidados paliativos en ámbito hospitalario.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 01/2010 - 11/2011</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Características cohorte expuesta:</b> 16 pacientes (5 mujeres y 11 hombres) con una media de edad de 61,1 años, ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios en Sevilla y Unidad de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.</p> <p><b>Características cohorte no expuesta:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Factor de exposición:</b> Se mide a través del cuestionario: Evaluación de las Necesidades de Pacientes Oncológicos Terminales (ENPOET).</p> <p><b>Tipo de Comparación:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Perdidas: nº / grupo:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Resultados:</b> Tras un proceso de muestreo no probabilístico a conveniencia, se ha conformado una muestra de 16 pacientes con una media de edad de +/- 61,1 años ingresados en los Hospitales de San Juan de Dios de Sevilla y del Aljarafe. Los resultados muestran el grado de importancia de las seis variables de opinión del área espiritual.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Tener fe en Dios o en un Ser Supremo y recibir apoyo de un guía espiritual adquiere relevancia en los últimos momentos de la vida de los pacientes.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Es necesaria la especialización de los cuidados paliativos para poder dar los mejores cuidados a los pacientes en la fase final de sus vidas.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 1b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> A</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	EXPOSICIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
Cita abreviada: Periyakoil 2013.	<p><b>Diseño:</b> Estudio descriptivo transversal.</p> <p><b>Objetivos:</b> Caracterizar las percepciones de los enfermeros multiculturales de atención a largo plazo sobre la dignidad del paciente al final de su vida útil.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 2009, durante 3 meses.</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Los participantes fueron 45 enfermeras de cuidados a largo plazo y 26 residentes de asilos de ancianos con enfermedades terminales.</p> <p><b>Características cohorte expuesta:</b> Pacientes con enfermedades terminales.</p> <p><b>Características cohorte no expuesta:</b> 45 enfermeras (enfermeras registradas y enfermeras vocacionales con licencia) que trabajan en las unidades de cuidados de larga duración.</p>	<p><b>Factor de exposición:</b> Si</p> <p><b>Tipo de Comparación:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> Durante 3 meses en 2009.</p> <p><b>Perdidas: nº / grupo:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Resultados:</b> Las enfermeras identificaron las principales tareas que deben completarse para conservar la dignidad de morir de los pacientes y destacó que si los pacientes no documentaron sus deseos, pueden llegar a ser objeto de atención que puede no ser congruente con sus deseos, en ese caso su dignidad se erosionaría.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Las enfermeras consideraron que la dignidad del paciente fue erosionada cuando sus deseos no se llevaron a cabo y cuando es tratado sin respeto. Los pacientes que mueren sintieron que la deficiente atención médica y pérdida de la capacidad de elegir las opciones de cuidado son los factores más importantes que conducen a la erosión de la dignidad.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Se trata de un estudio robusto, con datos fiables y de buena calidad.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 3a</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Lorraine 2012.</p>	<p><b>Diseño:</b> Estudio prospectivo de casos y controles.</p> <p><b>Objetivos:</b> Examinar la viabilidad y la eficacia de una consulta de cuidados paliativos junto con la atención estándar en insuficiencia cardíaca en un ambulatorio en cuanto la carga de síntomas, la depresión y la calidad de vida.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 3 meses.</p> <p><b>Factor de riesgo:</b> La viabilidad y la eficacia de la implementación de una consulta ambulatoria de CP con la atención estándar respecto a la mitigación de los síntomas y los resultados de calidad de vida en una cohorte de pacientes ingresados por exacerbación de la IC aguda.</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Treinta y seis pacientes (53,6 ± 8,3 años).</p> <p><b>Criterios de caso:</b> Los pacientes adultos (18 años), dispuestos a ser referidos para una consulta de CP. Los pacientes que ya están recibiendo los servicios de CP o los que tenían cualquier condición que diera lugar a recibirlos.</p> <p><b>Características casos:</b> Debido a que la muestra de pacientes fue pequeño (n = 36), se seleccionaron al azar 36 pacientes ingresados por exacerbación HF de un grupo más grande de 157 participantes inscritos en otro ensayo controlado aleatorio realizado por nuestro grupo 3 meses antes de la presente intervención y evaluados después de 3 meses, similar al intervalo utilizado para los pacientes asignados a la intervención de CP.</p> <p><b>Criterios de controles:</b> Equilibrado por el sexo, la edad, la raza y la clase funcional de la New York Heart Association , para incrementar nuestra capacidad de compararlos con los sujetos de intervención.</p> <p><b>Características controles:</b> Si</p>	<p><b>Resultados:</b> Se observaron mejoras en la carga de síntomas, la depresión y la calidad de vida en ambos grupos a través del tiempo (todos P</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Una consulta de cuidados paliativos puede reducir la carga de síntomas y la depresión y mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca sintomática.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Aunque es un estudio metodológicamente correcto, sería necesario la realización de un estudio a gran escala para que fuera extrapolable a la población.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 1b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> A</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Dyar 2012.</p>	<p><b>Diseño:</b> Ensayo aleatorizado de fase 2.</p> <p><b>Objetivos:</b> Evaluar prospectivamente la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado que recibieron intervenciones de atención paliativa y comparar estos resultados con una población control.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 11/2008 - 07/2009</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> 100 pacientes con cáncer metastásico (50 pacientes por brazo).</p> <p><b>Características de los participantes:</b> Si</p>	<p><b>Intervención grupo experimental:</b> Además de completar los cuestionarios y herramientas de calidad de vida al inicio del estudio (y un mes más tarde tenían una consulta inicial y una consulta de seguimiento de un mes con un ARNP oncología que enseñó acerca de hospicio, ayudaron a rellenar los Cinco Deseos y testamento vital, y evaluaron sus necesidades psicológicas, físicas, intelectuales / cognitivas, sociales y espirituales.</p> <p><b>Intervención grupo control:</b> Completó la línea de base y un mes más tarde cuestionarios de conocimiento de hospicio y herramientas de calidad de vida, incluyendo la evaluación funcional de la terapia del cáncer General y la escala analógica lineal de autoevaluación (LASA), pero no recibió ninguna intervención cuidados paliativos.</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> 11/2008 - 07/2009</p> <p><b>Pérdidas post aleatorización:</b> Ocho pacientes, dos en el grupo de intervención y seis en el grupo control.</p>	<p><b>Magnitud del efecto ( + intervalos de confianza / valor p):</b> Se observó una mejoría estadísticamente significativa en el dominio emocional en el grupo de intervención en comparación con el grupo control ( p = 0,0106). El cambio de la calidad de vida mental de la línea de base se mejoró estadísticamente en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control (19 frente a 10, p = 0,02).</p> <p><b>Efectos adversos:</b> No</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Una intervención sencilla ARNP dirigida centrarse en los cuidados paliativos tempranos, educación y cuidados paliativos de calidad de vida mejora el bienestar emocional y la calidad mental de los pacientes con cáncer metastásico.</p>	<p><b>Comentarios:</b> La limitación más importante de este estudio es el pequeño tamaño de la cohorte, por lo que no es extrapolable a la población.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Media</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 2b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Chochinov 2011.</p>	<p><b>Diseño:</b> Ensayo clínico aleatorizado.</p> <p><b>Objetivos:</b> El propósito de este estudio fue determinar si la terapia de la Dignidad podría mitigar la angustia y / o reforzar la experiencia de fin de vida de los pacientes se acercan a la muerte.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 04/2005 - 10/2008.</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Los pacientes que recibieron el hospital o en la comunidad (hospicio o casa) basan los cuidados paliativos, en Winnipeg, Nueva York, o Perth, asignados al azar a, Terapia Dignidad [n = 108], Client Centered Care [n = 107] y Standard Cuidados Paliativos (n = 111).</p> <p><b>Características de los participantes:</b> Si</p>	<p><b>Intervención grupo experimental:</b> Todos los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de estos tres grupos de estudio; Terapia de la Dignidad, atención orientada al paciente o Standard Cuidados Paliativos y les pidió que completaran la línea base de cuestionarios psicosociales.</p> <p><b>Intervención grupo control:</b> Si</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> 04/2005 - 10/2008.</p> <p><b>Pérdidas post aleatorización:</b> No</p>	<p><b>Magnitud del efecto ( + intervalos de confianza / valor p):</b> Se determinaron los cambios de la media entre el inicio y el final de las calificaciones de intervención. Los resultados secundarios, el examen de auto-informe de la experiencia de fin de vida, consistió en una encuesta post-estudio se administra en todos los grupos del estudio.</p> <p><b>Efectos adversos:</b> No</p>	<p><b>Conclusiones:</b> A pesar de los efectos beneficiosos de la terapia de la dignidad, de su capacidad para mitigar la angustia pura y simple, como la depresión, el deseo de muerte o suicidio, aún no se ha demostrado. Sin embargo, en la actualidad existe una amplia evidencia que apoya su aplicación clínica para los pacientes se acercan a la muerte, como un medio para mejorar su experiencia al final de su vida.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Es un estudio de alta calidad y robusto, sin sesgos.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 1b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> A</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	EXPOSICIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Vallurupalli 2012.</p>	<p><b>Diseño:</b> Estudio descriptivo transversal multicéntrico mediante encuesta.</p> <p><b>Objetivos:</b> Caracterizar la espiritualidad del paciente terminal, la religiosidad, y los aspectos religiosos; examinar las relaciones de estas variables en la calidad de vida; y evaluar las percepciones de la atención espiritual en el ámbito de la atención del cáncer de los pacientes.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 03/2006 - 04/2008</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> 69 pacientes con cáncer avanzado (tasa de respuesta = 73%) que recibieron RT paliativa.</p> <p><b>Características cohorte expuesta:</b> Los criterios de elegibilidad incluyeron un diagnóstico de cáncer avanzado e incurable por lo menos 4 semanas antes de la entrevista del estudio; recepción activa de RT paliativa; capacidad de comunicarse en Inglés o Español; edad 21 años o más; y la resistencia adecuada para completar una entrevista de 45 minutos.</p> <p><b>Características cohorte no expuesta:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Factor de exposición:</b> Si</p> <p><b>Tipo de Comparación:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> 03/2006 - 04/2008</p> <p><b>Perdidas: nº / grupo:</b> Si</p>	<p><b>Resultados:</b> La mayoría de los participantes (84%) indicaron la dependencia de las creencias para lidiar con el cáncer. La espiritualidad del paciente y los aspectos religiosos se asociaron con una mejor calidad de vida en los análisis multivariados ( ? = 10.57, P</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Los pacientes que recibieron RT paliativa se basan en las creencias para lidiar con el cáncer avanzado. Por otra parte, la espiritualidad y los aspectos religiosos contribuyen a una mejor calidad de vida. Estos resultados destacan la importancia de la atención espiritual en el tratamiento del cáncer avanzado.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Las limitaciones incluyen un pequeño tamaño de la muestra y participantes de una población determinada.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 2b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>



REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	EXPOSICIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Teno 2011.</p>	<p><b>Diseño:</b> Ensayo clínico aleatorizado mediante encuesta telefónica.</p> <p><b>Objetivos:</b> Examinar la eficacia de los servicios de cuidados paliativos para las personas que mueren de demencia desde la perspectiva de los familiares de las víctimas.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 2007 - 2009.</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Si</p> <p><b>Características cohorte expuesta:</b> Miembros de la familia en duelo figuran como los familiares de los certificados de defunción cuando la demencia fue clasificada como la causa de la muerte</p> <p><b>Características cohorte no expuesta:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Factor de exposición:</b> Miembros de la familia en duelo figuran como los familiares de los certificados de defunción cuando la demencia fue clasificada como la causa de la muerte</p> <p><b>Tipo de Comparación:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> 2007 - 2009.</p> <p><b>Perdidas: nº / grupo:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Resultados:</b> De 538 encuestados, 260 (48,3%) recibieron servicios de cuidados paliativos. Los familiares de los difuntos que recibieron los servicios de hospicio reportaron menos necesidades y preocupaciones con la calidad de la atención no satisfechas (odds ratio ajustada (AOR) = 0,49, intervalo de confianza del 95% (IC) = 0,33 a 0,74) y una mayor calificación de la calidad de la atención ( AOR = 2,0, IC 95% = 1,53-2,72).</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Miembros de la familia en duelo de las personas con demencia que recibieron cuidados paliativos reportaron mayor percepción de la calidad de la atención y la calidad de la muerte.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Es un estudio robusto, y con una calidad alta.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 1b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> A</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Ahn 2012.</p>	<p><b>Diseño:</b> Estudio cuasi-experimental.</p> <p><b>Objetivos:</b> Evaluar los efectos de una revisión de vida a corto plazo sobre el bienestar espiritual, la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer terminal.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> No se refleja.</p> <p><b>Factor de riesgo:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Los participantes fueron 32 pacientes con cáncer terminal que estaban recibiendo quimioterapia o cuidados paliativos en los hospitales o en casa. Dieciocho pacientes fueron asignados al grupo experimental y 14 al grupo de control.</p> <p><b>Criterios de caso:</b> Si</p> <p><b>Características casos:</b> Si</p> <p><b>Criterios de controles:</b> No</p> <p><b>Características controles:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Resultados:</b> Hubo un aumento estadísticamente significativo en el bienestar espiritual en el grupo experimental respecto al grupo control. También hubo una disminución significativa en la depresión y la ansiedad en el grupo experimental en comparación con el grupo de control.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Los resultados indican que una revisión de vida a corto plazo puede ser utilizado como una intervención de enfermería para mejorar el bienestar espiritual de los pacientes con cáncer terminal.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Aunque es un estudio de calidad media, no especifica muchos de los datos sobre los grupos participantes ni el método de selección.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Media</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 2b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Pichardo 2010.</p>	<p><b>Diseño:</b> Artículo de opinión.</p> <p><b>Objetivos:</b> ¿Qué papel debe jugar el personal de salud que está tan cercano, aunque muchas veces esa cercanía sólo sea física?</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> No se refleja.</p>	<p><b>Población:</b> ¿Existe un «deber» del personal médico de ayudar a un moribundo y a sus familiares a superar ese trance?</p>	<p><b>Intervención:</b> Uno de los fines más importantes de la medicina, como parte de su tarea esencial de curar o aliviar, debe ser lograr que todo paciente tenga una muerte con dignidad.</p>	<p><b>Comparación:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> Un médico o una enfermera tienen un papel esencial en la manera en que sus pacientes desahuciados se preparan para ese momento. El sentido y los valores que reflejan les sirven para acompañar y acoger. En eso consisten los cuidados paliativos. Primero paliar el dolor físico para luego seguir con el moral.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Respecto a las creencias de los pacientes, tanto el médico como la enfermera deben brindar un acompañamiento, al paciente y a la familia, permitiendo que arreglen sus asuntos y la muerte se acepte con una actitud de paz, como un proceso natural, para el que se han preparado todos los involucrados con el enfermo.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Aunque los resultados y conclusiones son de gran importancia es un artículo de baja calidad ya que la metodología no está reflejada en el artículo.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Baja</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 5</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> D</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Iglesias 2014.</p>	<p><b>Diseño:</b> Buenas prácticas recomendadas basándose en la experiencia clínica del Grupo de Desarrollo de la Guía</p> <p><b>.Objetivos:</b> Aportar a los profesionales de los servicios de urgencias hospitalarios las herramientas suficientes para afrontar, según la organización y las posibilidades de cada hospital, la llegada de los pacientes en situación de últimos días.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> No se refleja.</p>	<p><b>Población:</b> Si</p>	<p><b>Intervención:</b> Si</p>	<p><b>Comparación:</b> No hay datos</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> No</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> No</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Es primordial proporcionar un entorno profesional, técnico y humano basado en conceptos, actitudes y habilidades que permitan afrontar las demandas de confort y los requerimientos emocionales y psicosociales que generan estas situaciones.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Es una revisión en la que no se especifica la metodología utilizada.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Baja</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 5</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> D</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN SEGUIMIENTO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Gálvez 2011.</p>	<p><b>Diseño:</b> Estudio de caso con método biográfico.</p> <p><b>Objetivos:</b> La enfermera posee un papel determinante a la hora de reorientar las políticas de relaciones con los familiares de pacientes críticos y replantear estrategias en la flexibilización de las visitas.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> No se refleja.</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Características participantes:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Intervención:</b> La categoría central que emerge del análisis del discurso es la conceptualización de las debilidades y amenazas en torno al acompañamiento familiar, que la informante percibe en forma de barreras y relaciona con sus propias creencias y valores, con el rol de la familia en la sociedad actual y con posibles soluciones a los problemas percibidos</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> No</p> <p><b>Número de pérdidas:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Resultados:</b> Los resultados de este estudio esclarecen las dificultades que tienen las enfermeras de las unidades de cuidados críticos a la hora de atender a las familias cuyos miembros están en proceso de muerte</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Deberíamos optar por modelos centrados en la relación paciente-familia aunque suponga un desafío para la cultura biomédica actual.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Al ser un caso concreto no es extrapolable a la población.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Media</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 3b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN SEGUIMIENTO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Schmidt 2014.</p>	<p><b>Diseño:</b> Serie de casos.</p> <p><b>Objetivos:</b> Comparativa de dos procesos de fin de vida.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> No se refleja.</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> Un paciente para cada caso.</p> <p><b>Características participantes:</b> Los criterios para seleccionar los casos fueron los siguientes: (1) que los pacientes hubieran fallecido hace más de un mes y menos de tres, (2) que los pacientes fallecidos supusieran una "pérdida social" según los criterios definidos por Sudnow<sup>7</sup> y explicitados por Williams,<sup>8</sup> en edad laboral activa y con descendencia, (y 3) la enfermedad por la que fallecen debe haber desarrollado sus primeros síntomas identificables como máximo un año atrás desde la muerte del sujeto.</p>	<p><b>Intervención:</b> -Resumen: ¿de qué trata?- Orientación: introducción de los sucesos centrales de la historia. ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?- Complicación: ¿qué paso después?- Evaluación: lo significativo de cada historia. ¿Y qué?- Coda: final de la narración y transición a otros temas.</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> No</p> <p><b>Número de pérdidas:</b> No</p>	<p><b>Resultados:</b> El conocimiento u omisión del diagnóstico y del pronóstico marca la diferencia entre los dos procesos y el posterior duelo de la familia.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> El conocimiento de la cercanía de la propia muerte permite al paciente y a la familia elaborar estrategias de duelo anticipado y contribuye a afianzar la sensación de "auto-control"</p>	<p><b>Comentarios:</b> Los resultados obtenidos no son extrapolables a la población.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Media</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 3b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	EXPOSICIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Pascual 2013.</p>	<p><b>Diseño:</b> Estudio observacional transversal.</p> <p><b>Objetivos:</b> El objetivo principal era describir y analizar los cuidados de los profesionales en Unidades de Cuidados Intensivos al paciente en proceso final de vida.</p> <p><b>Periodo de realización:</b> 10/2010 - 12/2010.</p>	<p><b>Número de participantes / grupo:</b> 472 encuestados.</p> <p><b>Características cohorte expuesta:</b> La media de edad es de 35.07 años con (DS) de 9.27. Mínima 21, máxima 62. La media de años de profesión es de 12.2 años, (DS) de 9.09. Mínimo 1, máximo 40. La media de años trabajando en UCI de adultos 7.43 con DS 6.36. Mínimo 6 meses, máximo 31 año; y en UCI pediátrica (?) 9.95 DS 10.24. Mínimo 1, máximo 37. Pertenecían a UCI pediátrica 33 (14.5%), UCI de adultos 194 (85.5%).</p> <p><b>Características cohorte no expuesta:</b> Ns/No aplicable</p>	<p><b>Factor de exposición:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Tipo de Comparación:</b> Ns/No aplicable</p> <p><b>Periodo de seguimiento:</b> 10/2010 - 12/2010.</p> <p><b>Perdidas: nº / grupo:</b> No contestaron a la entrevista.</p>	<p><b>Resultados:</b> Como resultado se ha obtenido que las enfermeras opinaban que la mayoría de las familias permanecen con su paciente en el momento del fallecimiento y que necesitaban apoyo y empatía por parte de los profesionales.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Los cuidados que se ofrecen a los pacientes en el proceso final de vida de las Unidades de Cuidados Intensivos necesitan mejorarse.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Estudio metodológicamente robusto y de alta calidad.</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta</p> <p><b>Nivel de evidencia:</b> 2b</p> <p><b>Grado de recomendación:</b> B</p>