

**GRADO EN ENFERMERÍA**

Curso académico 2018-2019

TRABAJO FIN DE GRADO

**Intervenciones no farmacológicas para  
facilitar el confort en pacientes  
oncológicos en situación paliativa:  
Revisión bibliográfica**

**Gema María Regueiro García**

**Directora: Carmen María García Martínez**

**Presentación del trabajo: Junio 2019.**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA DE A CORUÑA**

**UNIVERSIDAD DE LA CORUÑA**

**ÍNDICE**

<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	2
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	2
<b>SIGLAS Y ACRÓNIMOS</b> .....	3
<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>RESUMO</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	10
<b>3. OBJETIVO Y FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO</b> .	11
3.1 Objetivos del estudio .....	11
3.2 Formulación de la pregunta PIO de investigación .....	11
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	12
4.1 Tipo de estudio .....	12
4.2 Criterios de inclusión y exclusión .....	13
4.3 Determinación de las variables de estudio .....	14
4.4 Estrategia de búsqueda bibliográfica .....	14
4.4.1 Búsqueda de documentos .....	17
4.5 Gestión de la bibliografía y selección de documentos .....	17
4.6 Calidad de los documentos .....	19
4.7 Factor de impacto de las revistas científicas .....	19
<b>5. RESULTADOS</b> .....	21
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	32
6.1 Limitaciones .....	34
<b>7. CONCLUSIÓN</b> .....	35
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	36

<b>9. ANEXOS</b> .....	41
ANEXO I: Estrategias de búsqueda de RS .....	41
ANEXO II: Búsqueda bibliográfica en PUBMED .....	41
ANEXO III: Búsqueda bibliográfica en WOS .....	42
ANEXO IV: Búsqueda bibliográfica en SCOPUS .....	43
ANEXO V: Búsqueda bibliográfica en CUIDEN .....	43
ANEXO VI: Búsqueda bibliográfica en BVS .....	44
ANEXO VII: Evaluación artículos cualitativos por método CASPE .....	44
ANEXO VIII: Calidad metodológica de los documentos .....	45

#### **ÍNDICE DE TABLAS:**

Tabla 1: Formulación de la pregunta PIO de investigación.....	11
Tabla 2: Definición de MeSH y DeCS según nuestra PIO .....	12
Tabla 3: Factor de impacto de revistas científicas .....	20
Tabla 4: Intervenciones de enfermería .....	30
Tabla 5: Documentos de base de datos Pubmed .....	45
Tabla 6: Documentos de base de datos WOS .....	47
Tabla 7: Documentos de base de datos SCOPUS .....	49
Tabla 8: Documentos de base de datos CUIDEN.....	49
Tabla 9: Documentos de base de datos BVS .....	50

#### **ÍNDICE DE FIGURAS:**

Figura 1: Algoritmo de estrategia de búsqueda bibliográfica .....	18
Figura 2: Niveles de evidencia CEBM.....	19

**SIGLAS Y ACRÓNIMOS**

<b>ABVD: Actividad Básica Vida Diaria</b>	<b>IG: Imaginación Guiada</b>
<b>AR: Artículo de Revisión</b>	<b>JCR: Journal Citation Reports</b>
<b>BVS: Biblioteca Virtual en Salud</b>	<b>MeSH: Medical Subject Heading</b>
<b>CASPe: Critical Appraisal Skills Programme España</b>	<b>NANDA: North American Nursing Diagnosis Association</b>
<b>CEBM: Centre for Evidence- Based Medicine</b>	<b>NCBI: National Center for Biotechnology Information</b>
<b>COMFORT: Communication, Orientation and Options, Mindful communication, Family, Openings, Relating, Team</b>	<b>NE: Nivel de Evidencia</b>
<b>CP: Cuidados Paliativos</b>	<b>NIC: Nursing Intervention Classification</b>
<b>DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud</b>	<b>NLM: National Library of Medicine</b>
<b>ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado</b>	<b>OMS: Organización Mundial de la Salud</b>
<b>ESAS: Edmonton Symptom Assessment System</b>	<b>REDECAN: Red Española de Registros de Cáncer</b>
<b>FC: Frecuencia Cardíaca</b>	<b>RS: Revisión Sistemática</b>
<b>GLOBOCAN: Global Cancer Observatory</b>	<b>SJR: Scimago Journal Rank</b>
<b>GR: Grado de Recomendación</b>	<b>SNIP: Source- Normalized Impact Paper</b>
<b>HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale</b>	<b>TS: Trabajador Social</b>
<b>HF: High Frequency</b>	<b>WOS: Web of Science</b>

## RESUMEN

**Introducción:** La presencia de una enfermedad terminal en la vida de una persona, genera alteraciones en el confort relacionadas directa e indirectamente con la enfermedad diagnosticada. Este confort traspasa la dimensión física, afectando las diferentes dimensiones: psico-espiritual, ambiental y social.

**Objetivo:** Recopilar y analizar la evidencia existente acerca de las intervenciones no farmacológicas destinadas a mejorar el confort en los pacientes oncológicos paliativos.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos (PUBMED, WOS, SCOPUS, CUIDEN y BVS), de las que se obtuvieron un total de 25 resultados válidos para la revisión bibliográfica.

**Resultados:** Las intervenciones mejor evaluadas fueron las referentes al contexto psico-espiritual, destacando la imaginación guiada y la relajación.

Asimismo, tras el análisis destaca la implementación de las actividades en los ámbitos hospitalarios y socio-sanitarios frente al domiciliario.

**Conclusión:** Tras el análisis de las publicaciones se concluye que todas las intervenciones mencionadas están reflejadas en la taxonomía NIC, por lo que es responsabilidad del personal de enfermería implementarlas para dispensar cuidados de calidad.

**Palabras clave:** Paciente terminal, atención de enfermería, cuidados paliativos, comodidad del paciente, dolor, ansiedad, depresión, estrés psicológico.

## **RESUMO**

**Introdución:** A presenza dunha enfermidade terminal na vida dunha persoa, xera alteracións no confort relacionadas directa e indirectamente coa enfermidade diagnosticada. O confort traspasa a dimensión física, afectando as diferentes dimensións: psico-espiritual, ambiental e social.

**Obxectivo:** Recopilar e analizar a evidencia existente acerca das intervencións non farmacolóxicas dirixidas a mellorar o confort nos pacientes oncolóxicos paliativos.

**Metodoloxía:** Realizouse unha busca nas seguintes bases de datos (PUBMED, WOS, SCOPUS, CUIDEN Y BVS) das que se obtiveron un total de 25 resultados válidos para a revisión bibliográfica.

**Resultados:** As intervencións mellor avaliadas foron as referentes ao contexto psico-espiritual, destacando a imaxinación guiada e a relaxación.

Do mesmo xeito, tras o análise destaca a implementación das actividades nos ámbitos hospitalarios e socio-sanitarios fronte ao domiciliario.

**Conclusión:** Tras o análise das publicacións, conclúese que todas as intervencións mencionadas reflíctense na taxonomía NIC, polo que é responsabilidade do persoal de enfermaría implementalas para dispensar coidados de calidade.

**Palabra clave:** Doente terminal, atención de enfermaría, coidados paliativos, comodidade do doente, dor, ansiedade, depresión, estrés psicolóxico

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The presence of a terminal illness in the life of a person generates alterations in comfort directly and indirectly related to the diagnosed disease. This comfort transcends the physical dimension, affecting the different dimensions: psycho-spiritual, environmental and social.

**Objective:** Compile and analyse the existing evidence about non-pharmacological interventions aimed at improving comfort in palliative cancer patients.

**Methodology:** A search was carried out in the following databases (PUBMED, WOS, SCOPUS, CUIDEN and BVS), from which a total of 25 valid results were obtained for the bibliographical review.

**Results:** The best evaluated interventions were those related to the psycho-spiritual context, highlighting the guided imagination and relaxation. Moreover, after the analysis, the implementation of the activities in hospital and socio-sanitary areas stands out in comparison with home implementation.

**Conclusion:** After the analysis of the publications, it is concluded that all mentioned interventions are reflected in the NIC taxonomy, so it is the responsibility of the nursing staff to implement them in order to provide quality care.

**Keywords:** Terminally ill, nursing care, palliative care, patient comfort, pain, anxiety, depression, stress psychological.

## 1. INTRODUCCIÓN

Al igual que ocurre en muchos países occidentales, en España, el cáncer es una de las enfermedades o grupos de enfermedades de mayor relevancia en términos de salud pública. Durante el año 2017 los tumores malignos han sido la segunda causa de muerte en España, al igual que en las últimas décadas, por detrás de las enfermedades cardiovasculares.

Según los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) los tipos de cáncer que presentan mayor mortalidad son: pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y mamario.<sup>(1)</sup>

Además de las altas tasas de mortalidad, el cáncer lleva asociada una elevada carga de morbilidad y de discapacidad con altos niveles de dependencia en los estadios avanzados. Según las últimas estimaciones publicadas por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), podría llegar hasta 277.234 el número de tumores durante este año.<sup>(2)</sup>

Es importante considerar que la persona que lo padece sufre una gran afectación en todas las esferas de su vida, ocasionando una ruptura en la organización, ritmo y estilo de vida provocando un gran impacto emocional y psicológico en sus tres dimensiones: cognitiva, emocional y psicológica, no solo para la persona que lo padece, sino también para su familia y el entorno. Es esta situación final, una etapa de difícil afrontamiento que requiere de una serie de cuidados especiales puesto que son múltiples las necesidades que se presentan en los pacientes y los familiares.

Con esta finalidad, surgió una nueva forma de atención que se denominó cuidados paliativos, que pretende ofrecer desde una dinámica biopsicosocial, una respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de estos enfermos oncológicos y sus familias. Siendo uno de sus objetivos garantizar el confort y la mejor calidad de vida posible a enfermos y a sus familias.

Tal y como fueron definidos los cuidados paliativos por la OMS: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.<sup>(1)</sup>

Por consiguiente, la OMS subraya que los cuidados paliativos no deben limitarse a los últimos días de vida, si no aplicarse precozmente en el curso de la enfermedad junto con los cuidados convencionales curativos que intentan prolongar la vida; ambos cuidados se complementan.<sup>(3)</sup>

En alusión a uno de los objetivos de los cuidados paliativos, el confort, ha sido estudiado por numerosas teorizadoras de la disciplina enfermera, identificándose como una de las piedras angulares del cuidado holístico de enfermería <sup>(4)</sup>. No obstante, es preciso destacar que tras el análisis de las diferentes teorías, podemos encontrar la utilización del concepto: confort, comodidad y bienestar, como sinónimos.

Aunque muchas teorizadoras desarrollan elementos circunscritos al significado del término comodidad, es la enfermera Katharine Kolcaba la que empezó a teorizar sobre la comodidad. Elaborando una teoría intermedia en la que utilizó la comodidad como objetivo del cuidado. <sup>(4)</sup>

Conceptualizando la comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades en relación a tres tipos de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia, en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psico-espiritual, social y ambiental).<sup>(5)</sup>

Los tipos de comodidad que describe Kolcaba fueron desarrollados a partir de conceptos elaborados por otras teorizadoras enfermeras. El alivio, fue elaborado a partir de una teoría de Orlando y lo define como satisfacción de las necesidades de los pacientes por parte de las enfermeras, entendiendo necesidad como requerimiento. Para la

tranquilidad utilizó el pensamiento de Virginia Henderson que describe las catorce funciones de los seres humanos que debían mantenerse en la homeostasis. Para Henderson el término necesidad es anterior al problema, de ello se desprende que la comodidad sería un requisito para alcanzar un nivel óptimo de salud y por tanto un grado de independencia. El último concepto de trascendencia, Kolcaba lo elaboró a partir de la obra de Paterson y Zderad, estas autoras afirman que las personas pueden superar sus necesidades de salud con la ayuda de las enfermeras. Su concepción de enfermería humanística, es una teoría práctica que anima a las enfermeras y a sus pacientes a buscar interpretaciones y significados de la vida, estimulan la exploración y la comprensión de los acontecimientos vitales. <sup>(5)</sup>

En esta teoría de enfermería el confort ocurre en cuatro contextos. El primero es el físico referente a las condiciones físicas del individuo. El segundo es el contexto psico-espiritual, que combina componentes mentales, emocionales, espirituales del ser y corresponde a todo aquello que proporciona significado a la vida del individuo, incluyendo la autoestima, el autoconcepto y la relación con un ser superior por ejemplo la creencia en Dios. El tercer contexto es el social correspondiendo a las relaciones interpersonales, familiares, sociales y culturales. Incluyendo la educación, el apoyo social, el respeto por la tradición, la cultura y el lenguaje. Por último, el contexto ambiental, se le atribuye al entorno y la parte externa de la experiencia humana como lo son temperatura, luz, sonido, olor, color, mobiliario, paisaje, entre otros. <sup>(6,7)</sup>

En la bibliografía revisada hay una cita recogida de Aikens en la que se afirma que “a la hora de procurar la comodidad del paciente, no había que ignorar ningún detalle. La comodidad es el primer y último objetivo de la enfermera. Y una buena enfermera hace que los pacientes se sientan cómodos y proporcionar comodidad es uno de los factores determinantes de la capacidad y el carácter de una enfermera”. <sup>(5)</sup>

Cabe destacar que este concepto define uno de los dominios de la taxonomía enfermera NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)<sup>(8)</sup>. Siendo definido en el dominio 12 como sensación de bienestar o alivio mental, físico o social. Este dominio consta de tres clases: Clase 1: confort físico definido como sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor. Clase 2: confort del entorno definido como sensación de bienestar o alivio en/con el propio entorno y Clase 3: confort social definido como sensación de bienestar o alivio con la situación social propia.

Recaltar uno de los diagnósticos incluidos en este dominio, el disconfort. Cuya definición: “percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespirituales, ambiental, cultural y/o social”<sup>(8)</sup> refuerza la importancia de la teoría de la comodidad propuesta por Kolcaba.

## 2. JUSTIFICACIÓN:

La presencia de una enfermedad terminal en la vida de una persona, genera alteraciones en el confort relacionadas directa e indirectamente con la enfermedad diagnosticada. Este confort traspasa la dimensión física, afectando las diferentes dimensiones: psico-espiritual, ambiental y social.

Teniendo en cuenta que el confort o disconfort son estados subjetivos, dinámicos y productos de la interacción, su presencia debe buscarse en las interacciones de la persona consigo misma, con aquellos que la circundan durante el tratamiento y en las situaciones que enfrentan. En esta perspectiva, la enfermera y las prácticas del cuidar en Enfermería pueden y deben promover el confort.

Es por ello, que el objetivo de nuestro trabajo intenta reforzar la importancia del mantenimiento del confort en los pacientes oncológicos paliativos.

### 3. OBJETIVO Y FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO

#### 3.1 Objetivos del estudio:

##### Objetivo general:

- Recopilar y analizar la evidencia existente acerca de las intervenciones no farmacológicas destinadas a mejorar el confort en los pacientes oncológicos paliativos.

##### Objetivo específico:

- Describir intervenciones pertenecientes a los siguientes contextos: físico, psico-espiritual, social y ambiental.
- Identificar las intervenciones no farmacológicas que están descritas en la NIC (Nursing Intervention Classification) destinadas a mejorar el confort en pacientes oncológicos paliativos.

#### 3.2 Formulación de la pregunta PIO de investigación

Siguiendo el formato PIO, establezco la pregunta de investigación para la realización de la revisión bibliográfica.

**Tabla 1: Formulación de la pregunta PIO de investigación**

¿Eficacia de las intervenciones no farmacológicas destinadas a facilitar el confort en pacientes oncológicos en situación paliativa?		
Población	Intervención	Resultados
Pacientes oncológicos en situación paliativa	Intervenciones no farmacológicas para mejorar el confort	Eficacia de las intervenciones para mejorar la comodidad del paciente

*Fuente: elaboración propia.*

**A continuación se** establecieron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Heading (MeSH) según la PIO establecida.

Tabla 2: Definición de MeSH y DeCS según nuestra PIO

MeSH	DeCS
<b>Population:</b> terminally ill, neoplasms	<b>Población:</b> paciente terminal, neoplasias
<b>Intervention:</b> Nursing care, palliative care, hospice care, hospice and palliative care nursing	<b>Intervención:</b> atención de enfermería, cuidados paliativos, cuidados de hospicio, hospicio y cuidados paliativos enfermería
<b>Results:</b> patient comfort/ patient satisfaction*	<b>Resultados:</b> comodidad del paciente/ satisfacción del paciente*

*Fuente: elaboración propia*

Siendo satisfacción un sinónimo de confort según la página: Thesaurus.

**Otros descriptores usados:** cancer pain (dolor), suffering (sufrimiento), anxiety (ansiedad), depression (depresión), stress psychological (estrés psicológico), fatigue (fatiga), oncology nursing (enfermería oncológica).

Según Katherine Kolcaba, cualquiera de estos síntomas presente en el paciente: dolor, sufrimiento, fatiga, depresión o ansiedad, son factores que influyen en el nivel de confort.

**Otros términos empleados:** nurses interventions (intervenciones de enfermería), advanced cáncer (cáncer avanzado) y comfort care (cuidados de confort).

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Tipo de estudio

En este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica, para la cual se siguió el modelo de metodología publicado en el Reglamento de la Escuela Universitaria de Enfermería A Coruña para la realización de Trabajo de Fin de Grado.

Para dar respuesta a nuestra pregunta PIO, se llevó a cabo una revisión de la literatura en diferentes bases de datos. Teniendo en cuenta en todo momento el nivel de evidencia científica y calidad metodológica de los documentos analizados.

#### **4.2 Criterios de inclusión y exclusión**

Para la selección de las publicaciones a analizar, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión determinados a continuación.

##### **Criterios de inclusión:**

Tipo de estudio: Se incluyeron artículos originales, artículos de revisión (AR), Revisión sistemática (RS) con o sin metaanálisis. Estudios piloto, Estudios cuantitativos (Ensayo clínico, Ensayo controlado aleatorizado (ECA), Ensayo controlado no aleatorizado, Ensayo no controlado incluyéndose estudios de antes-después o estudio de intervención. Destacar estudios observaciones (estudio de casos y controles, estudios de cohorte y estudios descriptivos). En cuanto a estudios con diseños cualitativos se incluyeron: fenomenología, teoría fundamentada y diseños etnográficos.

Ámbito: comunitario y hospitalario.

Muestra: Pacientes oncológicos en situación avanzada, paliativa, adultos mayores de 18 años.

Idioma de publicación: Se seleccionarán documentos científicos escritos en Español, Inglés y Portugués.

Cobertura cronológica: Se limitará la búsqueda a trabajos publicados desde enero del 2015 hasta febrero de 2019, con el fin de revisar la literatura más actual y dar respuesta a la pregunta de estudio formulada.

**Criterios de exclusión:**

Tipo de estudio: Se descartaron para análisis las Guías de práctica clínica (GPC), estudios de casos, artículos de opinión (editoriales, cartas al director), informes breves o resúmenes y se descartaron las publicaciones con abordaje farmacológico exclusivamente.

Muestra: Se excluirán a pacientes paliativos pediátricos y se descartaran aquellas patologías no oncológicas terminales.

Idioma de publicación: Se excluirán todos aquellos estudios que no estén escritos en español, inglés o portugués.

Cobertura cronológica: Publicaciones anteriores a enero de 2015.

**4.3 Determinación de las variables de estudio**

Para la realización del análisis de los artículos seleccionados, se establecieron unas variables, propuestas a continuación:

**Tipo de estudio**

**Lugar de realización del estudio**

**Ámbito de actuación**

**Intervenciones: físicas, psico-espirituales, sociales y ambientales**

**Duración y frecuencia de la intervención**

**Profesional o profesionales que realizan la intervención**

**Calidad o nivel de evidencia de la publicación**

**4.4 Estrategia de búsqueda bibliográfica**

La siguiente revisión de la literatura se llevó a cabo entre los meses Enero- Mayo del año 2019.

En un primer momento se realizó una búsqueda preliminar de RS, con el objetivo de encontrar una que recogiera la totalidad de nuestra pregunta PIO. **(ANEXO I)**

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos:

- **Biblioteca Cochrane Plus:** Realiza revisiones sistemáticas sobre los resultados de los estudios disponibles y cuidadosamente diseñados (ensayos clínicos controlados) y proporciona un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud.
- **Joanna Briggs Institute:** Divulgan publicaciones de cuidados basados en la mejor evidencia posible y evalúan el impacto que tiene la utilización de la evidencia en temas de salud.

La búsqueda se llevó a cabo sin restricción de idioma y de tipo de estudios.

Se analizaron las RS y se observó una revisión de alcance llevada a cabo por Coelho Adriana<sup>(9)</sup>, que se trata de una revisión metodológicamente correcta y que aborda la pregunta que queremos responder. Dicha revisión se llevó a cabo en noviembre del 2015, incluyendo estudios entre los años 1998 y 2015. Se incluyen pacientes oncológicos. Además, se descartaron pacientes que recibieron cualquier tipo de tratamiento curativo al cáncer o fueron supervivientes.

A continuación se procedió a la segunda búsqueda con el fin de establecer la continuidad de la revisión de alcance mencionada realizada por Coelho, Adriana<sup>(9)</sup>. Para su elaboración se procedió a la búsqueda de documentos utilizando los descriptores establecidos DeCS y MeSH y otros términos establecidos como lenguaje natural combinándolos entre ellos con los operadores booleanos: AND, OR, NOT. Además, se establecieron unos filtros/ límites para la búsqueda de las publicaciones. Dicha búsqueda se llevó a cabo de noviembre del 2015 hasta mayo del 2019.

En cuanto a las bases de datos y herramientas seleccionadas para llevar a cabo esta revisión de la literatura fueron las siguientes:

- **WOS:** Es una plataforma web que recoge publicaciones científicas de cualquier disciplina del conocimiento tanto a nivel científico, tecnológico, humanístico y sociológico, esenciales para el apoyo a la investigación.
- **PubMed:** Es un sistema de búsqueda desarrollado por el National Center for Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine (NLM) de Estados Unidos. Es una base de datos, de acceso libre y especializada en ciencias de la salud, con más de 19 millones de referencias bibliográficas.
- **SCOPUS:** Es una base de datos propiedad de la empresa Elsevier que contiene miles de revistas publicadas de editores internacionales. Cuenta con dos métricas de factor de impacto de la investigación como son Scimago Journal Rank (SJR) y SNIP (Source-normalized impact Paper) de la Universidad de Leyden.
- **CUIDEN:** Es una Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano, tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades y de promoción de la salud, como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y otros documentos.
- **BVS:** Biblioteca Virtual en Salud (BVS), como biblioteca, es una colección descentralizada y dinámica de fuentes de información cuyo objetivo es el acceso equitativo al conocimiento científico en salud. Incluye las siguientes bases de datos entre otras: IBECs, LILACS, MEDLINE.

#### 4.4.1 Búsqueda de documentos

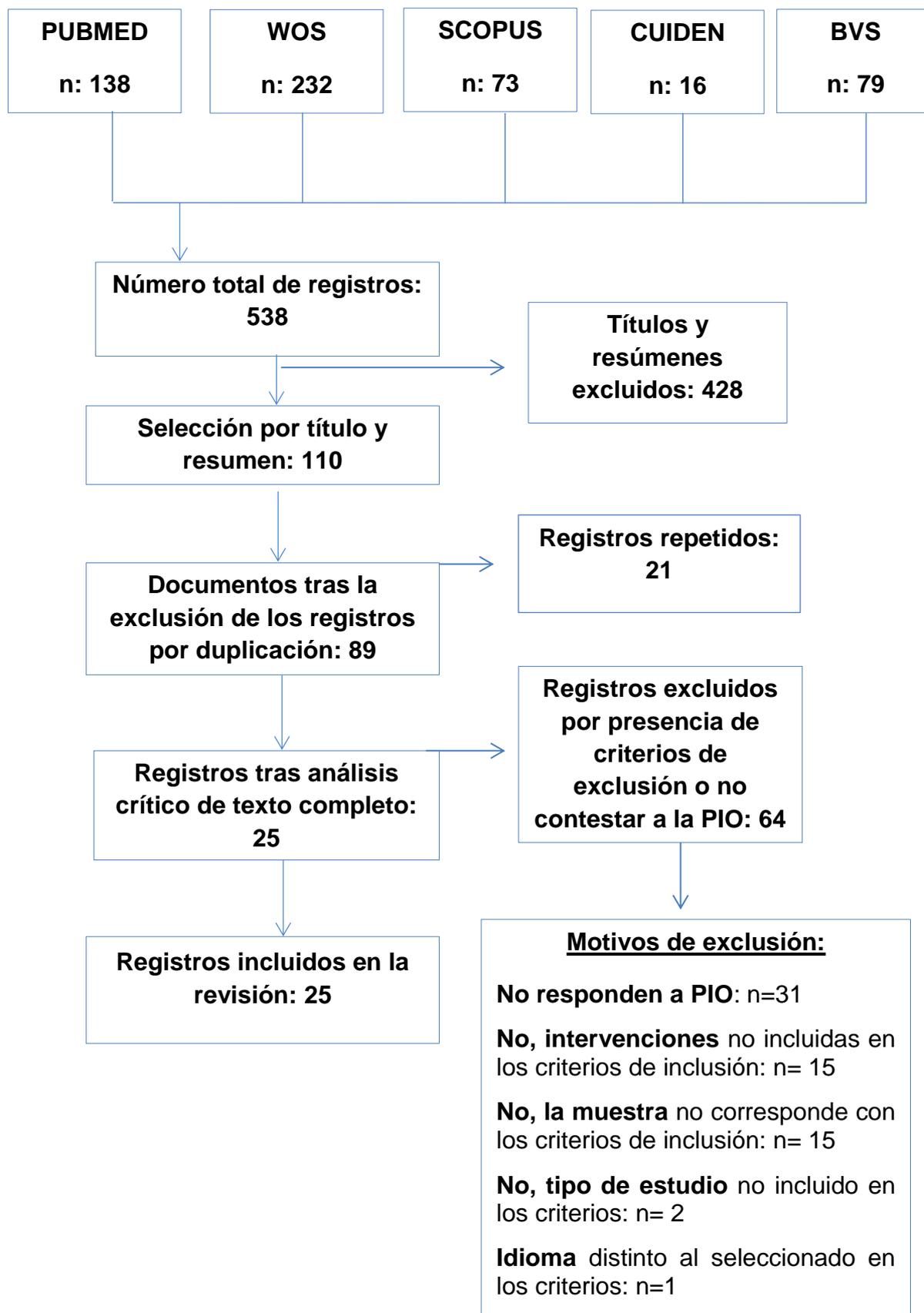
En las siguientes tablas se muestra la búsqueda de la literatura en las diferentes bases de datos y herramientas mencionadas con anterioridad. Destacando los límites, los descriptores y términos establecidos así como los resultados encontrados. **(ANEXO II, III, IV, V, VI)**

#### 4.5 Gestión de la bibliografía y selección de documentos

Para la gestión de los documentos encontrados se utilizó el gestor bibliográfico **Mendeley**. La búsqueda se realizó en tres fases. Inicialmente, se realizó una búsqueda utilizando las herramientas mencionadas anteriormente en las diferentes bases de datos, en dicha búsqueda se obtuvieron 538 resultados.

A continuación se realizó una primera lectura del título y resumen obteniéndose tras esta selección 110 documentos. Una vez seleccionados los documentos por título y resumen, se eliminaron aquellos que estuvieran duplicados, quedando un total de 89 documentos para el análisis de texto completo. Se realizó una primera lectura de dichos documentos seleccionados para descartar aquellos que no respondieran a nuestra pregunta PIO o bien porque no cumplen los criterios de exclusión/inclusión establecidos quedándonos de esta forma con 25 documentos que son los incluidos en nuestra revisión bibliográfica.

Figura 1: Algoritmo de estrategia de búsqueda bibliográfica



#### 4.6 Calidad de los documentos

Para el análisis de la evidencia científica de los documentos encontrados se siguió el modelo de clasificación de **Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford**<sup>(10)</sup>, en el que podemos distinguir por una parte los niveles de evidencia (NE) y los grados de recomendación (GR) (ANEXO VIII)

Figura 2: Niveles de evidencia CEMB

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
1c	Práctica clínica ("todos o ninguno") (*)
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad.
2b	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad (**)
2c	"Outcomes research" (***), estudios ecológicos.
3a	Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad.
3b	Estudio caso-control.
4	Serie de casos o estudios de cohortes y caso-control de baja calidad (****)
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, "bench research" o "first principles" (*****)

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A	Estudios de nivel 1.
B	Estudios de nivel 2-3, o extrapolación de estudios de nivel 1.
C	Estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2-3.
D	Estudios de nivel 5, o estudios no concluyentes de cualquier nivel.

Fuente: J. Primo (Hospital de Sagunto) Valencia <sup>(11)</sup>

Por otra parte, cabe destacar que los artículos de metodología cualitativa no siguen estos criterios de evidencia por lo tanto no podemos asignarles un valor de dicha escala. Por ello, para la evaluación de estos documentos se siguió la siguiente metodología "Critical Appraisal Skills Programme España" (CASPe) (ANEXO VII)

#### 4.7 Factor de impacto de las revistas científicas

Los índices de impacto son un instrumento que nos permite comparar y evaluar la importancia relativa de una revista dentro de un mismo campo científico en función del número de citas que reciben los artículos publicados por ella, en un período de tiempo determinado. Para determinar dicho factor de impacto, se analiza el **Journal Citation Reports (JCR)** y **Scimago Journal Rank (SJR)** accediendo a ellos a través de la página Web of Science y bibliosaúde.

Tabla 3: Factor de impacto de revistas científicas

REVISTA	JCR/SJR (2017)
J Clin Nurs	JCR: 1.635 Q2 edición nursing SCIEI SJR: 0.76 Q1
Scand J Caring	JCR: 1.318 Q2 // SJR: 0.64 Q2
Am J Hosp Palliat Care	JCR: 1.533 Q3 // SJR: 0.65 Q2
Eur J Cancer Care	JCR: 2.409 Q1 categoría nursing SJR: 0.85 Q2
Support Care Cancer	JCR: 2.676 Q1 categoría nursing SJR: 1.30 Q2
Palliat. Med.	JCR: 1.406 Q1 // SJR: 2.29 Q1
BMC Palliat. Care	JCR: 2.335 Q2 categoría health care sciences and services SJR: 1.11 Q1
Dtsch Arztebl Int.	JCR: 3.89 Q1 // SJR: 0.47 Q2
Semin Oncol Nurs	JCR: 1.667 Q1 edición nursing SSCI SJR: 0.51 Q3
J Palliat Care Med	JCR: 2.49 Q2 // SJR: 1.34 Q1
Indian J Palliat Care	JCR: --- // SJR: 0.45 Q3
Int J Cancer Manag	JCR: --- // SJR: 0.4 Q3
Int J Nurs Stud	JCR: 3.656 Q1 edición nursing SSCI SJR: 1.65 Q1
Oncol Nurs Forum	JCR: 1.785 Q1 edición SSCI SJR: 0.76 Q2
Complement Ther Clin Pract	JCR: 1.701 Q2 // SJR: 0.58 Q1
Psycho-Oncol	JCR: 3.455 Q2 categoría oncology SJR: 1.67 Q1
Eur J Oncol Nurs	JCR: 1.812 Q1 edición nursing SSCI SJR: 0.94 Q1
Cancer Treat Rev	JCR: 8.122 Q1 // SJR: 3.42 Q1
Integr Cancer Ther	JCR: 2.657 Q1 categoría integrative and complementary medicine // SJR: 0.77 Q1
Br J Nurs	JCR: --- // SJR: 0.33 Q2
Int J Qual Stud Health Well-being	JCR: 1.094 Q3 // SJR: 0.54 Q1
Rev Electronica Enferm	JCR: --- // SJR: ---
Rev Pesqui Cuid é Fundam Online	JCR: --- // SJR: ---
Rev Dor	JCR: --- // SJR: ---
Rev Enferm UFPE	JCR: --- // SJR: ---

## 5. RESULTADOS:

La revisión de alcance establecida como punto de partida, llevada a cabo por Coelho Adriana<sup>(9)</sup>, recomienda las siguientes intervenciones no farmacológicas para brindar comodidad: aromaterapia, footsoak y reflexología, terapia de masaje, toque terapéutico sin contacto, hipnoterapia, terapia del arte, musicoterapia y electromiografía biofeedback asistida por relajación. Siendo las más implementadas y evaluadas la musicoterapia y la terapia de masajes. Destaca la escasez de estudios que evaluaron la comodidad total proporcionada por las intervenciones. Principalmente los estudios analizados se centraron en la evaluación de los conceptos relacionados con el confort, como son los siguientes: dolor, ansiedad, depresión, fatiga y bienestar. Asimismo, no encontró ninguno que evaluara el sufrimiento.

Siguiendo las recomendaciones de Kolcaba de facilitar el confort en los siguientes contextos: físico, psico-espiritual, social y ambiental. Establezco la siguiente clasificación para resaltar los hallazgos encontrados tras la revisión.

### INTERVENCIONES FÍSICAS:

En lo que concierne al contexto físico. Resaltar una de las intervenciones que da continuidad a la revisión de alcance establecida como punto de partida, **la terapia de masajes**, siendo destacada en dos RS publicadas por **Oliveira AL<sup>(12)</sup>** y **Zweers D<sup>(13)</sup>**. En esta última, uno de los estudios propone la realización de masajes corporales con aceites esenciales de manzanilla romana, es decir combinándola con aromaterapia. Siendo mencionadas ambas actividades en un estudio realizado por **Nuraini T.<sup>(14)</sup>**

No obstante, en estas tres publicaciones no se muestra la duración únicamente destaca la RS<sup>(13)</sup> una frecuencia de 1 sesión durante 3 semanas, en contraposición la revisión de alcance de **Coelho A<sup>(9)</sup>**, especifica una duración que oscila entre 5 – 60 min y una frecuencia que varía en las diferentes publicaciones de 1 a 14 sesiones.

Otra intervención novedosa mencionada en un estudio cualitativo publicado por **Malcolm L**<sup>(15)</sup> fue la terapia de ejercicios. Las actividades que se citaron fueron: **ejercicios sentados, circuitos de entrenamiento, pilates y estiramientos**. Tras la realización de las mismas con una duración determinada y una frecuencia semanal, los pacientes reportaron los siguientes beneficios físicos: mejora y mantenimiento de la función, conservación de la fuerza, fomento de una mayor autonomía en la realización de las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) y mejora en el sueño. Así mismo, mostraron efectos positivos psicosociales: cambio de percepción o actitud sobre la enfermedad, disminución de los niveles de ansiedad, mejoría del estado de ánimo y aumento de confianza y autoestima. A nivel social destacaron una mayor sensación de apoyo y acompañamiento, puesto que compartían las experiencias y tratamientos alternativos con los distintos miembros de la clase.

Resaltar que los estiramientos mencionados anteriormente fueron nombrados en otro estudio cualitativo<sup>(16)</sup>. Del mismo modo, en este estudio se destacan otras intervenciones que podrían ser efectivas para el manejo del dolor como son: **realización de paseos cortos, cambios de posición en la cama y los baños calientes**.

Otros autores como **Sadrudin S**<sup>(17)</sup> y **Seyedfatemi N**<sup>(18)</sup>, también recalcan la importancia del ejercicio físico sin especificar ningún tipo de actividad ni beneficio.

Por último, destacar un estudio cualitativo realizado por **Mc Phail P**<sup>(19)</sup>, que no menciona ninguna intervención coincidente con las anteriores. En esta publicación se propone una nueva intervención con escasa investigación, **la acupuntura**. Tras la realización de la misma, los pacientes reportaron beneficios a nivel físico como a nivel emocional y psicológico, coincidiendo esta actividad con el estudio transversal realizado por **Nuraini T**<sup>(14)</sup>.

## INTERVENCIONES PSICO- ESPIRITUALES

Tras realizar un análisis exhaustivo de las publicaciones podemos extraer que la intervención considerada como el factor central en la calidad de atención, es **la comunicación**. No obstante a pesar de ser considerada como el factor central, sigue siendo ineficaz en muchas situaciones, provocando en los pacientes una mayor confusión, depresión, ansiedad y disminución de la calidad de vida. Por ello, es importante que los profesionales, especialmente las enfermeras por estar en contacto directo con los pacientes la mayor parte del tiempo, se esfuercen en conseguir una comunicación efectiva.

Fue **Canzona MR** <sup>(20)</sup>, tras la publicación de un estudio cualitativo realizado a enfermeras, quienes proponen las siguientes **estrategias comunicativas** con el fin de establecer una comunicación clara, precisa y empática. Las estrategias son: afrontar los errores de comunicación, promover que los pacientes conozcan el cambio de transición de cuidados curativos a cuidados de confort, proporcionar conocimientos durante toda la trayectoria de la enfermedad, responder a las reacciones del paciente y adaptarse a las normas culturales de los mismos. Asimismo, coincidiendo con algunas de las estrategias mencionadas anteriormente, la revisión narrativa de **Wittenberg E** <sup>(21)</sup>, resalta las siguientes estrategias propuestas a través del acrónimo **COMFORT**, compuesto de siete módulos, siendo los cuatro siguientes los más importantes en la atención de estos pacientes. **C (Comunicación)**: consiste en conocer la historia del paciente, promover la comprensión de la misma. **O (orientación y opciones)**: establecer conversaciones adaptadas a la alfabetización cultural teniendo en cuenta el contexto, la cultura, el idioma, traducción de palabras médicas, jergas y el uso de lenguaje sencillo. Siendo ambas mencionadas en el estudio cualitativo <sup>(20)</sup>. **M (Atención)**: escucha activa, evitar el juicio sobre el paciente y comprender comunicación no verbal. **R (relacionarse)**: explorar sentimientos de preocupación.

Asimismo, en otro estudio cualitativo realizado a enfermeras publicado por **Evangelista CB** <sup>(22)</sup>, destacan **la escucha activa**, mencionada ya en uno de los módulos del acrónimo **COMFORT**. Así mismo, proponen dos intervenciones que no fueron comentadas anteriormente, estas son: **formación del vínculo con otros profesionales para lograr una atención de calidad y apoyo familiar**.

Otras actividades propuestas en relación a este contexto fueron las **intervenciones cognitivo- conductuales**. Siendo la **imaginación guiada (IG)** mencionada por seis publicaciones <sup>(12,13,18,23,24,25)</sup> y destacada de manera unánime, considerándose una intervención de aplicación simple, la cual puede ser implementada por enfermeros y requiere muy poco esfuerzo de la persona enferma. Se señala además la **relajación** como una intervención complementaria a la misma igualmente asumible. Coincidiendo estas características con las mencionadas en la revisión de alcance. No obstante, en dicha revisión no fue evaluada ni implementada por ninguno de los estudios seleccionados.

En lo que concierne a los documentos analizados, la **IG** fue citada por dos RS publicadas el mismo año, una de ellas fue la realizada por **Oliveira AL** <sup>(12)</sup> que destaca el alivio de dolor tras la implementación de la actividad. En cambio, la RS publicada por **Zweers D** <sup>(13)</sup>, no menciona el alivio de dolor como beneficio, si no que propone la disminución de la ansiedad. Ambas no especifican el desarrollo, ni duración de la intervención, únicamente la RS <sup>(13)</sup> establece una frecuencia de dos actividades semanales. No obstante, un estudio coincidente con los beneficios citados por **Oliveira AL** <sup>(12)</sup>, fue el ECA realizado por **De Paolis G** <sup>(23)</sup>, quien propone la siguiente actividad para alcanzar dicho beneficio: conseguir relajar al paciente mediante la modulación del tono de voz y sugerirles que imaginen un paisaje de atmósfera relajante. Dicho estudio explica que tras la implementación de esa intervención el alivio del dolor se consigue a través de la estimulación cerebral ejercida por la IG que tiene el potencial de inducir la liberación de neurotransmisores excitadores, como

la serotonina y los péptidos opioides endógenos. Además, puede modular la actividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal, consiguiendo un manejo del estrés y aumentando la sensación de bienestar.

La misma conclusión se extrae del estudio cualitativo publicado por **Seyedfatemi N** <sup>(18)</sup> realizado a enfermeras, que coincide en que el manejo del estrés es un beneficio que se consigue tras la implementación de la IG, especialmente cuando se les propone a los enfermos recordar un día del pasado que estaban en el mar o en un sitio que consideren de atmósfera relajante. Coincidiendo esta actividad con la elegida por los pacientes en el estudio descriptivo llevado a cabo por **Coelho A** <sup>(24)</sup>, siendo los sitios de mar y playa los que elegían por proporcionarles una atmósfera relajante.

Otra de las intervenciones complementarias con la **IG** es la **musicoterapia**, siendo mencionadas ambas en el estudio de intervención de **Preissler P** <sup>(25)</sup>. En dicho estudio se proponen dos técnicas (receptiva y activa) de duración variable entre 20 – 90 minutos y una frecuencia de 1-3 veces a la semana, según las preferencias de los pacientes. **La técnica activa se basaba en la improvisación musical y la técnica receptiva consistía en la escucha de música realizada por el terapeuta junto con el uso de la IG**, siendo la más reconfortante para los pacientes. Otra técnica diferente a las anteriores se muestra en un ECA realizado por **Warth M** <sup>(26)</sup>, cuya intervención consistía en **componer música con un monacorde con fines terapéuticos con el fin de crear una atmósfera relajante** durante 20 minutos, realizando dos sesiones espaciadas 48 horas. Los beneficios coinciden con el estudio anterior, los pacientes se sentían reconfortados y relajados tras su implementación. No obstante, no destacaron una reducción del dolor. Discrepando con el estudio anterior, en el ECA realizado por **Kwekkeboom K** <sup>(27)</sup>, sí que se observó una reducción del dolor y de otros síntomas como son la fatiga y los trastornos del sueño. Dichos beneficios fueron autoevaluados por los pacientes tras la realización de la actividad cuya duración era 5-25 min y

los ejercicios a realizar eran los siguientes: **tres ejercicios de escucha de sonidos de la naturaleza, tres ejercicios de IG y tres ejercicios de relajación**. No coincidiendo los mismos con ninguna publicación mencionada con anterioridad.

Es preciso resaltar que la musicoterapia fue una de las intervenciones más mencionadas por la revisión de alcance. En cuanto a la duración de la intervención en la revisión de alcance realizada por **Coelho A** <sup>(9)</sup>, se establece una duración entre 10- 15 minutos con una frecuencia que oscilaba de 4 sesiones semanales a al menos una sesión al mes. Siendo mayor la duración en los últimos estudios encontrados.

Otra intervención cognitiva- conductual fue **la psicoterapia** mencionada en tres publicaciones <sup>(28,29,30)</sup>. Una de ellas fue la RS realizada por **Okuyama T** <sup>(28)</sup>, en la que proponen las siguientes actividades: **psicoterapia en grupo, creación de fuentes de significado y experiencias exitosas**. Teniendo como resultado una disminución significativa de la depresión. Otra RS propuesta por **Lazenby M** <sup>(29)</sup> coincide con las actividades propuestas en la RS anterior, como estrategias para promover el bienestar espiritual.

Del mismo modo, en un estudio piloto realizado por **Rosenfeld B** <sup>(30)</sup>, resaltan la realización de la intervención, dividida en tres sesiones. La primera sesión se centró en la comprensión del significado. En la segunda sesión se abordaron las fuentes de significado que incluyeron experiencias (amor, belleza, humor) así como creativas (creación de una vida a través de logros). La última sesión se enfocó en encontrar el significado a través del coraje o compromiso. Siendo las intervenciones referentes a **las fuentes creativas y experiencias** las más puntuadas por los pacientes para obtener un beneficio, coincidiendo con las RS <sup>(28,29)</sup> mencionadas anteriormente.

Por otra parte tras el análisis de los documentos encontramos otras actividades que se clasifican como **intervenciones de desviación-**

**mente cuerpo.** Una de ellas es la **IG** intervención ya comentada anteriormente que únicamente el autor **Saddrudin S** <sup>(17)</sup>, la clasifica dentro de este grupo. Del mismo modo, resaltan en el mismo grupo el **humor y la espiritualidad.** Obteniéndose los siguientes beneficios: relajación muscular, mejora de la respiración y estimulación del sistema inmune reduciendo la hormona de estrés (cortisol) y aumentando los niveles de linfocitos T y endorfinas.

**La espiritualidad** ya fue reconocida como un importante recurso interno que ayuda a las personas en eventos estresantes, especialmente relacionados con el proceso salud-enfermedad. Tal y como se observan en los resultados de un estudio transversal realizado por **Nuraini T** <sup>(14)</sup>, en el que se refiere que los pacientes que se acercaban más a Dios tenían más probabilidades de un mayor bienestar emocional consiguiéndolo a través de la adoración o el rezo como fue mencionado en el estudio cualitativo realizado por **Erol O** <sup>(16)</sup> y a través de intervenciones que pueden llevar a cabo las enfermeras como son principalmente las narrativas, las cuales se pueden realizar tanto a pie de cama como de manera ambulatoria, estas son: **revisión de la vida a corto plazo, encontrar el sentido en la experiencia de la enfermedad, hablar de la muerte, favorecer el acceso a prácticas espirituales y religiosas** siendo intervenciones destacadas en la RS de **Lazenby M** <sup>(29)</sup>. No obstante, los profesionales de enfermería referían una laguna en la formación recibida para ayudar a alcanzar el bienestar.

Cabe mencionar en este contexto otras intervenciones propuestas en un estudio cualitativo realizado por **Ribeiro J** <sup>(31)</sup> a pacientes que refieren, según sus necesidades, las siguientes intervenciones como las más efectivas: **presencia, acompañamiento, consuelo y fortalecimiento de la autoestima.**

## **INTERVENCIONES SOCIALES:**

En una RS publicada por **Zweers D** <sup>(13)</sup>, proponen la realización de **intervenciones educativas**, realizadas por enfermeras mediante la vía telefónica, a través de vídeos y folletos educativos, con el fin de reducir la ansiedad.

Se destaca un beneficio diferente en la revisión narrativa realizada por **Chow K** <sup>(32)</sup>, que resalta mejoras estadísticamente significativas en la depresión, tras implementar la siguiente intervención conocida como **ENABLE (educar, nutrir y asesorar antes de que se acabe la vida)**. La intervención consistía en cuatro sesiones educativas estructuradas que se centraron en la **resolución de problemas, la comunicación, apoyo social y el manejo de los síntomas**. Posteriormente, se realizaron sesiones de seguimiento de manera telefónica. Tras la intervención se observan mejoras estadísticamente significativas en la depresión, no mostrando reducción de la ansiedad como se menciona en la RS anteriormente citada.

Siguiendo el mismo formato de duración, cuatro sesiones, **Yang GM** <sup>(33)</sup>, en su estudio piloto aleatorizado propusieron que las intervenciones educativas se centraran en el **manejo de los síntomas**, coincidiendo este aspecto con la intervención anterior. Los síntomas que mencionaron para incidir fueron los siguientes: **Fatiga**: haciendo hincapié en mantenerse activo, realización de ejercicio y el establecimiento de un ritmo en la actividad. **Respiración**: instruyendo sobre terapias de relajación, respiración y la terapia con abanicos. **Preocupación/ Ansiedad**: explicación de estrategias cognitivo-conductuales. Discrepando con el estudio anterior tras la realización de esta intervención no se obtuvieron beneficios en el estado de ánimo.

Destacar que este autor recalca que las sesiones educativas realizadas cara a cara eran más factibles y aceptadas que las realizadas por otros

métodos, como puede ser a través de vías telefónicas, folletos educativos, vídeos como se mencionaban en la RS realizada por **Zweers D** <sup>(13)</sup>.

### **INTERVENCIONES AMBIENTALES:**

Tras el análisis de la literatura, se destaca que cada vez son más los pacientes con enfermedades avanzadas que prefieren recibir la atención terminal en el domicilio. Uno de los estudios encontrados para conocer los beneficios de este modelo de atención es el propuesto por **Matos MR** <sup>(34)</sup>. Los beneficios que mencionaron los pacientes tras ser entrevistados fueron los siguientes: mayor confianza con los profesionales, disminución de ansiedad y miedo, mejora de la autonomía, mayor comodidad gracias a que se encuentra en un entorno de privacidad y más familiar. Destacan además el mantenimiento en todo momento de su rutina diaria, ya que les permite desarrollar sus actividades de ocio, elección de la comida y no tienen horarios estrictos.

En otro estudio cualitativo <sup>(35)</sup>, realizado a pacientes que reciben atención en el ámbito rural mencionan beneficios concordantes con el estudio anterior. Asimismo, mencionan otros como son: aumento de relajación por disfrutar de los paisajes que observan a través de la ventana que representa para ellos parte de sus historias y les transmite sentimientos de control y seguridad por estar en su lugar, tanto físicamente como socialmente.

Finalmente, destacar un estudio cualitativo <sup>(36)</sup> concordante con los anteriores, realizado tanto a pacientes, como a enfermeras y médicos. Concluyen de manera unánime, que el fuerte vínculo con el entorno sugiere ser un contexto de atención médica ventajoso, siendo fuente de confort para los pacientes.

Por otra parte, para dar respuesta al último objetivo **secundario**: se detallan a continuación las intervenciones de enfermería que están descritas en la taxonomía NIC <sup>(37)</sup> con sus correspondientes códigos que mantienen una correlación con las intervenciones no farmacológicas tanto físicas, psicológicas, espirituales y socioculturales analizadas.

**Tabla 4: Intervenciones de enfermería <sup>(37)</sup>**

Taxonomía NIC
<b>7140 Apoyo a la familia:</b> Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.
<b>5270 Apoyo emocional:</b> Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo.
<b>5420 Apoyo espiritual:</b> Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.
<b>1330 Aromaterapia:</b> Administración de aceites esenciales mediante masajes para calmar y tranquilizar, aliviar el dolor, aumentar la relajación y la comodidad.
<b>5240 Asesoramiento:</b> Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad para resolver problemas y las relaciones interpersonales.
<b>5440 Aumentar los sistemas de apoyo:</b> Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.
<b>1800 Ayuda con el autocuidado:</b> Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria
<b>4470 Ayuda en la modificación de sí mismo:</b> Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.
<b>0840 Cambio de posición:</b> Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.
<b>8180 Consulta por teléfono:</b> Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.

<b>5820 Disminución de la ansiedad:</b> Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.
<b>5900 Distracción:</b> Desvío intencionado de la atención o supresión temporal de emociones y pensamientos para alejarlos de sensaciones indeseables.
<b>4920 Escucha activa:</b> Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.
<b>5424 Facilitar la práctica religiosa:</b> Facilitación de la participación en prácticas religiosas
<b>5430 Grupo de apoyo:</b> Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud de sus miembros.
<b>5320 Humor:</b> Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso con el fin de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar el aprendizaje o enfrentarse a sentimientos dolorosos.
<b>6000 Imaginación simple dirigida:</b> Utilización intencionada de la imaginación para conseguir un estado, resultado o acción particular o para apartar la atención de las sensaciones indeseables.
<b>7330 Intermediación cultural:</b> Empleo intencionado de estrategias culturales adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema sanitario biomédico.
<b>6482 Manejo ambiental: confort:</b> Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.
<b>6460 Manejo de la demencia:</b> Proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado confusional crónico.
<b>1400 Manejo del dolor:</b> Alivio del dolor o disminución del dolor a nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
<b>3550 Manejo del prurito:</b> Prevención y tratamiento del prurito.
<b>1480 Masaje:</b> Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación.

<b>5395 Mejora de la autoconfianza:</b> Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable.
<b>1850 Mejorar el sueño:</b> Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia,
<b>4400 Musicoterapia:</b> Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.
<b>5320 Potenciación de la seguridad:</b> Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de los pacientes.
<b>5340 Presencia:</b> Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad.
<b>1460 Relajación muscular progresiva:</b> Facilitar la tensión y relajación de grupos musculares sucesivos mientras se presta atención a las diferencias de sensibilidad resultantes.
<b>5880 Técnica de relajación:</b> Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.
<b>4310 Terapia de actividad:</b> Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.
<b>6040 Terapia de relajación:</b> Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

## 6. DISCUSIÓN

Tras el análisis de los veinticinco documentos, se observan que once de ellos son artículos cualitativos. Esto se debe a que el confort es una experiencia subjetiva, holística que se fortalece a través de las necesidades que son individuales y únicas en cada paciente.

Los restantes artículos seleccionados son estudios piloto, ECA, estudios de intervención y observacionales. Además se han analizado cinco revisiones sistemáticas, las cuales se sitúan en el mayor rango de evidencia. En contraposición, mencionar la inclusión de dos revisiones

narrativas que cuentan con un bajo rango de evidencia. Discordando esta selección con la revisión de alcance <sup>(9)</sup>, ya que los revisores no incluyeron ninguna RS por no cumplir criterios de inclusión y solo fue analizado un estudio cualitativo.

En lo que concierne a las intervenciones, la gran parte de los artículos las proponen con el objetivo de un abordaje integral del confort, centrándose en los cuatro contextos propuestos en la teoría realizada por Kolcaba <sup>(6,7)</sup>, no focalizándolos en una sintomatología específica. En contraposición los estudios analizados en la revisión de alcance <sup>(9)</sup>, se dirigen hacia la evaluación de síntomas en concreto. Tras el análisis se sugiere por lo tanto la necesidad de investigar intervenciones de manera individualizada con el objetivo de obtener datos objetivables en cada uno de los contextos.

Ejemplo de ello es el contexto físico, mencionado en gran parte de los estudios cualitativos <sup>(15,16,18,19)</sup> realizados con una pequeña muestra de pacientes. Muestra de ello la podemos observar en el artículo publicado por **Malcolm L** <sup>(15)</sup>, cuya información proporcionada es restringida, ya que no se explicita el desarrollo de la intervención, únicamente se menciona. Por ello, surge la necesidad de desarrollar estudios que desarrollen las intervenciones con el fin de obtener unos datos cuantitativos.

En contraposición uno de los contextos más evaluados fue el psico-espiritual, observándose una amplia gama de intervenciones que son realizadas por enfermeras, dos de las más mencionadas es la IG y la relajación, destacadas por ser las que menor esfuerzo requieren por parte de la persona enferma. Asimismo, las publicaciones que las mencionan son tanto estudios cuantitativos <sup>(23,25)</sup>, cualitativos <sup>(18,24)</sup> como RS <sup>(11,12)</sup>.

No obstante, en el cuidado cotidiano, no ocurre lo mismo, ya que mayoritariamente las enfermeras nos centramos más en diagnósticos físicos, dejando a un lado la esfera psico-espiritual. Esto puede deberse a

diversa causas: una de las más mencionadas en las publicaciones fue la falta de formación de las enfermeras especialmente en lo referente al contexto espiritual. Es por ello, imprescindible dotar a las enfermeras de unos conocimientos y habilidades básicas, que les permita llevar a cabo intervenciones eficaces en el manejo de los síntomas psico-espirituales.

Una intervención que es preciso destacar en este ámbito, es la comunicación, ya que a pesar de ser considerada como el factor central en la calidad de atención, es mencionada por tres publicaciones, siendo dos estudios cualitativos <sup>(20,22)</sup> y una revisión narrativa con escaso nivel de evidencia <sup>(21)</sup>.

Tras el análisis final de ambos contextos tanto físico como psico-espiritual, no se establecen como las más mencionadas las siguientes intervenciones: terapia de masajes y musicoterapia, como ocurre en la revisión de alcance <sup>(9)</sup>.

Por último, un aspecto que llama la atención tras la revisión es la escasez de artículos que se centran en el desarrollo de intervenciones en el ámbito domiciliario. La mayor parte de las publicaciones enfocan sus intervenciones a nivel hospitalario y centros socio-sanitarios, coincidiendo esta característica con la revisión establecida como punto de partida <sup>(9)</sup>.

No obstante, cada vez son más pacientes los que prefieren recibir los cuidados y morir en su propio domicilio, como fue mencionado por tres estudios cualitativos <sup>(34,35,36)</sup>; Concluyendo de manera unánime que la atención domiciliaria es una fuente de confort para los pacientes.

### 6.1 Limitaciones

En el proceso de elaboración de las revisiones se identifican y se describen los sesgos que están presentes con mayor frecuencia. Siendo los aspectos relativos a los sesgos de gran relevancia para el trabajo de análisis de información con el propósito de elaborar productos de información con la calidad requerida.<sup>(37)</sup> Por ello, a continuación se destacan los sesgos presentes en esta revisión bibliográfica:

- **Sesgo de publicación:** puede estar presente debido a la ausencia de publicaciones con resultados no estadísticamente significativos o que sean negativos con respecto a la pregunta de estudio. También, por seleccionar únicamente los documentos en los idiomas establecidos en los criterios de inclusión.
- **Sesgo de información:** se origina porque hay estudios que carecen de información sobre las variaciones de la muestra o sobre información inadecuada sobre las medidas y análisis estadísticos utilizados en los estudios, lo que origina errores en la interpretación de los resultados.

Otra de las limitaciones presentes en la elaboración de la revisión bibliográfica, es la presencia de una única revisora con escasa experiencia en el ámbito de investigación.

## 7. CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados de nuestra revisión, es importante destacar la relevancia de las intervenciones psicoespirituales para poder mejorar el confort de los pacientes en una situación paliativa terminal.

Es importante que las enfermeras consideren el confort como el primer y último objetivo de los cuidados que dispensan y no olviden que está implícito, no únicamente en la esfera física sino también en las siguientes dimensiones: psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social.

Si tenemos en cuenta que las intervenciones enfermeras abordan esas dimensiones, seremos conscientes de nuestra capacitación y responsabilidad para dispensar cuidados de calidad, con el fin de aportar confort. Para ello, es preciso que se empiece a realizar una investigación rigurosa acerca de los cuidados que dispensamos y la efectividad de los mismos, para conseguir mejorar la atención y prestar unos cuidados de calidad a la población.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Geneva(CH): OMS; 2015. Cáncer. 2018 Sep 12. [acceso 16/04/2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Sociedad Española de Oncología Médica. Las Cifras del Cáncer en España 2018[Internet]. Madrid: SEOM; 2018 [acceso 16/04/2019]. Disponible en:[https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_Cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Espana2018.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf)
3. Zurriarán RG. Cuidar cuando no es posible curar: los cuidados paliativos: morir dignamente en un contexto humanizado. Logroño. Servicio de publicaciones de Universidad de la Rioja; 2011.
4. Bilgiç Ş, Acaroğlu R. Effects of Listening to Music on the Comfort of Chemotherapy Patients. West J Nurs Res. 2017;39:745–62. **doi:10.1177/019394591666052715.**
5. Ferrer E. La medición de la comodidad en enfermeras y pacientes oncológicos. REDUCA, Enferm, Fisioter y Podolog. 2009; 1(2):501-515. Disponible en: [http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/77.](http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/77)
6. Gonçalves MCS, Brandão MAG, Duran ECM. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. Acta Paul Enferm. 2016;29:115–24. **doi:10.1590/1982-0194201600016.**
7. Carrillo GM, Gómez Ramírez OJ, Arias EM. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. Rev Latinoam Bioética. 2016;17:60–79. **doi:10.18359/rlbi.1764.**
8. NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones. 2015-2017. Barcelona. Elsevier.
9. Coelho A, Parola V, Cardoso D, Bravo Escobar M, Apóstolo J. Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review JBI.2017. **doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003204.**

10. Delgado CM, Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual Hierarchy of evidence. Levels of evidence and grades of recommendation from current use. vol. 31. 2014.
11. Gorostidi Pulgar M. Niveles de evidencia y grados de recomendación [Internet]. Bilbao: Sociedad Vasca de Ginecología y Obstetricia; 2008 May 13 [acceso 2019 Abr 16] Disponible en: <http://svgo.es/sites/default/files/Medicina%20basada%20en%20la%20evidencia.pdf>
12. Oliveira AL, Palma Sobrinho N, Cunha BAS. Chronic cancer pain management by the nursing team. Rev Dor. 2016;17:219–22. doi:10.5935/1806-0013.20160075.
13. Zweers D, de Graaf E, Teunissen SCCM. Non-pharmacological nurse-led interventions to manage anxiety in patients with advanced cancer: a systematic literature review. Int J Nurs Stud 2016;56:102–13. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.022.
14. Nuraini T, Andrijono A, Irawaty D, Umar J, Gayatri D. Spirituality-focused palliative care to improve Indonesian breast cancer patient comfort. Indian J Palliat Care. 2018;24:196. doi:10.4103/IJPC.IJPC\_5\_18.
15. Malcolm L, Mein G, Jones A, Talbot-Rice H, Maddocks M, Bristowe K. Strength in numbers: patient experiences of group exercise within hospice palliative care. BMC Palliat Care. 2016;15:97. doi:10.1186/s12904-016-0173-9.
16. Erol O, Unsar S, Yacan L, Pelin M, Kurt S, Erdogan B. Pain experiences of patients with advanced cancer: a qualitative descriptive study. Eur J Oncol Nurs. 2018;33:28–34. doi:10.1016/j.ejon.2018.01.005.
17. Sadruddin S, Jan R, Jabbar AA, Nanji K, Tharani A. Patient education and mind diversion in supportive care. Br J Nurs. 2017;26:S14–9. doi:10.12968/bjon.2017.26.10.S14.

18. Seyedfatemi N, Mardani Hamooleh M, Borimnejad L, Tahmasebi M. Palliative Care as the Driving Force for Providing Psychological Comfort to Patients with Cancer: a Hermeneutic Study. *Iran J Cancer Prev.* 2016; en prensa. **doi:10.17795/ijcp-4516.**
19. McPhail P, Sandhu H, Dale J, Stewart-Brown S. Acupuncture in hospice settings: a qualitative exploration of patients' experiences. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2018 Mar;27(2):e12802. **doi: 10.1111/ecc.12802**
20. Canzona MR, Love D, Barrett R, Henley J, Bridges S, Koontz A, et al. "Operating in the dark": nurses' attempts to help patients and families manage the transition from oncology to comfort care. *J Clin Nurs.* 2018;27:4158–67. **doi:10.1111/jocn.14603.**
21. Wittenberg E, Reb A, Kanter E. Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum. *Semin Oncol Nurs.* 2018;34:264–73. **doi:10.1016/j.soncn.2018.06.007.**
22. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abrão FMS, Batista PSS, Oliveira RC de. Spirituality in patient care under palliative care: a study with nurses. *Esc Anna Nery.* 2016;20:176–82. **doi:10.5935/1414-8145.20160023.**
23. De Paolis G, Naccarato A, Cibelli F, D'Alete A, Mastroianni C, Surdo L, et al. The effectiveness of progressive muscle relaxation and interactive guided imagery as a pain-reducing Intervention in advanced cancer patients: a multicentre randomised controlled non pharmacological trial. *Complement Ther Clin Pract.* 2019;34:280–7. **doi:10.1016/j.ctcp.2018.12.014.**
24. Coelho A, Parola V, Fernandes O, Querido A, Apóstolo J. Development of a guided imagery program for patients admitted to palliative care units. *Rev Enferm Ref.* 2018;:23–32. **doi:10.12707/RIV17082.**
25. Preissler P, Kordovan S, Ullrich A, Bokemeyer C, Oechsle K. Favored subjects and psychosocial needs in music therapy in

- terminally ill cancer patients: a content analysis. *BMC Palliat Care*. 2016;15:48. **doi:10.1186/s12904-016-0122-7.**
26. Warth M, Keßler J, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Music Therapy in Palliative Care. *Dtsch Arzteblatt Online*. 2015;112:788–94. **doi:10.3238/arztebl.2015.0788.**
27. Kwekkeboom K, Zhang Y, Campbell T, Coe CL, Costanzo E, Serlin RC, et al. Randomized controlled trial of a brief cognitive-behavioral strategies intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in advanced cancer. *Psychooncolog* 2018;27:2761–9. **doi:10.1002/pon.4883.**
28. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*. 2017;56:16–27. **doi:10.1016/j.ctrv.2017.03.012.**
29. Lazenby M. Understanding and Addressing the Religious and Spiritual Needs of Advanced Cancer Patients. *Semin Oncol Nurs*. 2018;34:274–83. **doi:10.1016/j.soncn.2018.06.008.**
30. Rosenfeld B, Saracino R, Tobias K, Masterson M, Pessin H, Applebaum A, et al. Adapting Meaning-Centered Psychotherapy for the palliative care setting: results of a pilot study. *Palliat Med*. 2017;31:140–6. **doi:10.1177/0269216316651570.**
31. Ribeiro JP, Cardoso LS, Pereira CMS, Silva BT, Bubolz BK, Castro CK, et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais nursing care in oncology hospitalized patients: diagnosis and interventions related to psychosocial and psychospiritual needs. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2016;8:5136. **doi:10.9789/21755361.2016.v8i4.5136-51zwee42.**
32. Chow K, Dahlin C. Integration of Palliative Care and Oncology Nursing. *Semin Oncol Nurs* 2018;34:192–201. **doi:10.1016/j.soncn.2018.06.001.**

33. Yang GM, Teo I, Neo SH-S, Tan D, Cheung YB. Pilot Randomized Phase II Trial of the Enhancing Quality of Life in Patients (EQUIP) Intervention for Patients With Advanced Lung Cancer. *Am J Hosp Palliat Med.* 2018;35:1050–6. **doi:10.1177/1049909118756095.**
34. Matos MR, Muniz RM, Viegas ADC, Przylynski DS, Holz AW. Significado da atenção domiciliar e o momento vivido pelo paciente oncológico em cuidados paliativos. *Rev Eletrônica Enferm.* 2016;18. **doi:10.5216/ree.v18.35061.**
35. Devik SA, Hellzen O, Enmarker I. “Picking up the pieces”, meanings of receiving home nursing care when being old and living with advanced cancer in a rural area. *Int J Qual Stud Health Well-Being.* 2015;10:28382. **doi:10.3402/qhw.v10.28382.**
36. Heins M, Hofstede J, Rijken M, Korevaar J, Donker G, Francke A. Palliative care for patients with cancer: do patients receive the care they consider important? a survey study. *BMC Palliat Care.* 2018;17:61. **doi:10.1186/s12904-018-0315-3.**
37. Bulechek Gloria M, Butcher Howard K, Dochterman joanne M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
38. Avilés-Merens R, Morales-Morejón M. Sesgos más frecuentes en la elaboración de Revisiones Bibliográficas. Congreso Internacional de 32 “Enfermería y paciente terminal: una revisión de la literatura” Información info 2004. Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba; 12-16 de Abril de 2004.

## 9. ANEXOS:

## ANEXO I: Estrategias de búsqueda de RS

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados
Biblioteca Cochrane Plus	1ª "palliative care" AND "patient comfort"	0
	2ª "terminal care" OR "palliative care" OR "nursing care" AND "patient comfort"	
Joanna Briggs Institute	"palliative care" AND "comfort"	1

Fuente: elaboración propia

## ANEXO II: Búsqueda bibliográfica en PUBMED

PUBMED			
LIMITES Y FILTROS ESTABLECIDOS	Año de publicación: 2015 a mayo de 2019		
	Tipo de documento: Artículos y revisiones		
Idioma: Inglés, Español y Portugués Humanos, Edad: adultos >19 años.			
Asignatura: Cáncer			
DESCRIPTORES USADOS	RESULTADOS	LECTURA INICIAL	ANÁLISIS FINAL
"nursing care" [mesh] OR "palliative care"[Mesh] OR "hospice care"[mesh] OR "hospice and palliative care nursing"[Mesh] OR "comfort care"[tiab] ]) AND ("advanced cancer"[tiab] OR "neoplasms/nursing"[mesh] OR "neoplasms/psychology"[Mesh] OR "neoplasms/therapy"[Mesh]) AND ("patient satisfaction"[Mesh] OR "patient comfort"[Mesh])	110	28	5

"nursing care" [mesh] OR "palliative care"[Mesh] OR "hospice care"[mesh] OR "hospice and palliative care nursing"[Mesh] OR "comfort care"[tiab ] ) AND ("cancer pain"[Mesh] OR "suffering"[tiab] OR "anxiety"[Mesh] OR "depression"[Mesh] OR "fatigue"[Mesh] OR "stress psychological"[Mesh]) AND ("patient satisfaction"[Mesh] OR "patient comfort"[Mesh])	28	13	3
<b>RESULTADO TOTAL:</b>	<b>138</b>	<b>41</b>	<b>8</b>

Fuente: elaboración propia

### ANEXO III: Búsqueda bibliográfica en WOS

WOS (Colección principal de Web of Science)			
<b>LIMITES Y FILTROS ESTABLECIDOS</b>	<b>Año de publicación:</b> 2015 a mayo de 2019 <b>Tipo de documento:</b> Artículos y revisiones <b>Idioma:</b> Inglés, Español y Portugués		
<b>DESCRIPTORES USADOS</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>LECTURA INICIAL</b>	<b>ANÁLISIS FINAL</b>
"palliative care" AND "oncology nursing"	30	9	1
"comfort care" AND "cancer"	10	5	3
"nurses interventions" AND "advanced cancer"	10	6	1
"advanced cancer" AND "pain" OR "fatigue" AND "nursing care"	100	10	3
"advanced cancer" AND "depression" OR "anxiety" AND "nursing care"	67	11	1

“advanced cancer” AND “stress psychological” OR “suffering” AND “nursing care”	15	0	0
<b>RESULTADO TOTAL</b>	<b>232</b>	<b>41</b>	<b>9</b>

Fuente: elaboración propia

#### ANEXO IV: Búsqueda bibliográfica en SCOPUS

SCOPUS			
LIMITES Y FILTROS ESTABLECIDOS	Año de publicación: 2015 a mayo de 2019		
	Tipo de documento: Artículos y revisiones		
	Idioma: Inglés, Español y Portugués		
DESCRIPTORES USADOS	RESULTADOS	LECTURA INICIAL	ANÁLISIS FINAL
"hospice and palliative care nursing" OR "comfort care" AND "neoplasms"	60	10	2
"nursing care" AND "advanced cancer"	13	4	1
<b>RESULTADO TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>14</b>	<b>3</b>

Fuente: elaboración propia

#### ANEXO V: Búsqueda bibliográfica en CUIDEN

CUIDEN			
LIMITES Y FILTROS ESTABLECIDOS	Año de publicación: 2015 a mayo de 2019		
	DESCRIPTORES USADOS	RESULTADOS	LECTURA INICIAL
"Palliative care" AND "comfort"	16	7	3
<b>RESULTADO TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

Fuente: elaboración propia

**ANEXO VI: Búsqueda bibliográfica en BVS**

BVS			
<b>LIMITES Y FILTROS ESTABLECIDOS</b>	<b>Bases de datos: IBECs, LILAC, BDNF</b>		
	<b>Año de publicación: 2015 a mayo de 2019</b>		
	<b>Idioma: Español, Inglés y Portugués</b>		
	<b>Documentos seleccionados: Artículos</b>		
DESCRIPTORES USADOS	RESULTADO	LECTURA INICIAL	ANÁLISIS FINAL
“Terminal care” AND “cancer”	64	4	0
“oncology nursing” AND “comfort care”	15	5	2
<b>RESULTADO TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>9</b>	<b>2</b>

Fuente: elaboración propia

**Anexo VII: Evaluación artículos cualitativos por método CASPE**

Publicación	Preguntas de eliminación			Preguntas de detalle				Preguntas sobre resultados		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Canzona MR <sup>(20)</sup> , 2018	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Heins M <sup>(36)</sup> , 2018	SÍ	SÍ	NO	-	-	-	-	-	-	-
Mc Phail P <sup>(19)</sup> , 2018	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Malcolm L <sup>(15)</sup> , 2016	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Seyedfatemi N <sup>(18)</sup> , 2016	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Erol O <sup>(16)</sup> , 2018	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO SE	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Devik SA <sup>(35)</sup> , 2015	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Coelho A <sup>(24)</sup> , 2018	NO	NO	NO	-	-	-	-	-	-	-
Matos MR <sup>(34)</sup> , 2016	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Evangelista CB <sup>(22)</sup> , 2016	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Ribeiro JP <sup>(31)</sup> , 2016	SÍ	SÍ	NO	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: elaboración propia

## Anexo VIII: Calidad metodológica de los documentos

Tabla 5: Documentos de base de datos Pubmed

Publicación	País	Ámbito/ muestra	Objetivo y tipo de estudio	Intervenciones, duración, frecuencia y profesionales implicados	NE/GR
Canzona MR <sup>(20)</sup> 2018	UK	Hospitalario  n= 28 enfermeras	<b>Obj.:</b> Determinar los desafíos de la comunicación enfermera <b>Tipo de estudio:</b> <b>Est. cualitativo fenomenológico interpretativo</b>	Estrategias comunicativas: afrontar los errores de comunicación, responder las reacciones de los pacientes y adaptarse a sus normas socioculturales <b>Duración/frecuencia:</b> no especifica <b>Profesional: Enfermeras</b>	<b>método CASPE</b>
Heins M <sup>(36)</sup> 2018	Países Bajos	Comunitario  n= 26 enfermeras 87 médicos y 72 pacientes	<b>Obj.:</b> Determinar aspectos importantes en la atención domiciliaria paliativa, desde la perspectiva de pacientes, médicos y enfermeras <b>Tipo de estudio:</b> <b>Est. cualitativo</b>	Proporcionar información clara de forma individualizada adaptándose a las necesidades de cada paciente, respetar y fomentar la autonomía del paciente <b>Duración/ frecuencia:</b> no especifica <b>Profesional: Médicos y Enfermeras</b>	<b>método CASPE</b>
Yang GM <sup>(33)</sup> 2018	Singapur	Comunitario  n= 69 pacientes	<b>Obj.:</b> Realizar una intervención de atención de apoyo a pacientes con cáncer de pulmón avanzado <b>Tipo de estudio: Estudio piloto aleatorizado</b>	Manejo no farmacológico: fomentar la actividad física, establecer técnicas de relajación e intervenciones psico-conductuales. <b>Duración/ frecuencia:</b> 30 min/ 4 sesiones en una media de 36'9 días. <b>Profesional: Enfermeras</b>	<b>NE: 2b GR: B</b>
Mc Phail P <sup>(19)</sup> 2018	UK	Comunitario  n= 20 pacientes	<b>Obj.:</b> Explorar los beneficios que tiene la acupuntura para los pacientes, según su perspectiva <b>Tipo de estudio:</b> <b>Est.cualitativo</b>	Acupuntura llevada a cabo de manera ambulatoria. <b>Duración/ frecuencia:</b> no especifica <b>Profesionales: Fisioterapeuta, enfermeras, acupunturistas.</b>	<b>método CASPE</b>

Rosenfeld B <sup>(30)</sup> 2017	EEUU	Hospitalario n= 12 pacientes	<b>Obj.:</b> Evaluar la implementación de psicoterapia centrada en el significado y conocer qué aspectos eran los más importantes en los pacientes con cáncer terminal <b>Tipo de estudio: Estudio Piloto</b>	Comprensión de la persona y del significado de su vida. Ejercicio de conexión, alentando al paciente a contar su historia. Destacar fuentes de significado como las experiencias, creativas y fuentes de actitud. <b>Duración/ frecuencia:</b> 45 min/ 3 sesiones <b>Profesional: Terapeuta psicólogo clínico</b>	<b>NE:2b</b> <b>GR:B</b>
Malcolm L <sup>(15)</sup> 2016	UK	Hospitalario n= 9 pacientes	<b>Obj.:</b> Explorar las experiencias de los pacientes de participar en clases grupales de ejercicio <b>Tipo de estudio: Estudio Cualitativo</b>	Terapia de ejercicios: ejercicios sentados, circuitos de entrenamiento, pilates y estiramientos <b>Duración/ frecuencia:</b> 60 min/ semanal <b>Profesional: Fisioterapeuta</b>	<b>método CASPE</b>
Preissler P <sup>(25)</sup> 2016	Alemania	Hospitalario n= 41 pacientes	<b>Obj.:</b> Identificar los sujetos favorecidos y las necesidades psicosociales de los pacientes con cáncer terminal durante la musicoterapia. <b>Tipo de estudio: Est. intervención prospectivo</b>	Técnicas musicoterapia: Receptivo (música realizada por el terapeuta y IG). Técnica activa (improvisación instrumental) <b>Duración/ frecuencia:</b> 20-90 minutos/ 1-3 semana. <b>Profesional: Equipo multidisciplinar entrenados</b>	<b>NE: 2b</b> <b>GR:B</b>
Warth M <sup>(26)</sup> 2015	Alemania	Hospitalario n= 84 pacientes	<b>Obj.:</b> Conocer si las intervenciones de relajación (musicoterapia) podrían usarse para mejorar la relajación fisiológica, el bienestar, el dolor y la calidad de vida <b>Tipo de estudio: ECA</b>	Grupo intervención: Ejercicio de relajación en el que se involucra la voz y la música tocada en un monocorde (instrumentos con fines terapéuticos). Grupo control: un programa de reducción de estrés mediante unos auriculares. <b>Duración/ frecuencia:</b> 20 minutos/ 2 sesiones espaciadas 48 horas <b>Profesional: Musicoterapeuta.</b>	<b>NE:1b</b> <b>GR:A</b>

Tabla 6: Documentos de base de datos WOS

Publicación	País	Ámbito/ Muestra	Objetivo y tipo de estudio	Intervenciones, duración intervención y profesionales implicados	NE/GR
Chow K <sup>(32)</sup> 2018	EEUU	No especifica  n= no muestra	<b>Obj.:</b> Describir la evolución de la oncología y la enfermería paliativa para enfrentar el panorama de la atención al cáncer. <b>Tipo de estudio:</b> Rev. <b>Narrativa</b>	Intervenciones educativas: resolución de problemas, comunicación, apoyo psicosocial tanto al paciente como a la familia y manejo de síntomas <b>Duración/ frecuencia:</b> no especifica <b>Profesional:</b> Enfermeras	<b>NE:5</b> <b>GR:D</b>
Wittenberg E <sup>(21)</sup> 2018	EEUU	Hospitalario Comunitario n= no muestra	<b>Obj.:</b> Examinar la comunicación de enfermería en la atención al cáncer <b>Tipo de estudio:</b> Rev. <b>Narrativa</b>	Medir los niveles de alfabetización en salud y de comprensión tanto lenguaje verbal como no verbal, escucha activa y apoyo emocional. <b>Duración/ frecuencia:</b> no especifica. <b>Profesional:</b> Enfermeras	<b>NE:5</b> <b>GR:D</b>
Nuraini T <sup>(14)</sup> 2018	Indonesia	No especifica  n= 308 pacientes	<b>Obj.:</b> Desarrollar un modelo que se ajuste a los factores que afecten a la comodidad del paciente. <b>Tipo de estudio:</b> <b>Estudio observacional transversal</b>	Apoyo emocional y familiar Terapias complementarias: terapia táctil, masajes, música, acupuntura <b>Duración/ frecuencia:</b> no especifica <b>Profesional:</b> Enfermeras	<b>NE: 2b</b> <b>GR: B</b>
Seyedfatemi N <sup>(18)</sup> 2016	Irán	Hospitalario  n= 11 enfermeras	<b>Obj.:</b> Explorar las experiencias vividas de las enfermeras que brindan atención paliativa psicológica a los pacientes con cáncer en Irán <b>Tipo de estudio:</b> <b>Estudio cualitativo hermenéutico</b>	Manejo del estrés mediante asesoramiento verbal, humor, relajación, técnicas de imaginación guiadas, ejercicio físico <b>Duración/ frecuencia:</b> no especifica <b>Profesional:</b> Enfermeras	<b>Método CASPE</b>

Zweers D <sup>(13)</sup> 2016	Países Bajos	Comunitario  n= no muestra	<b>Obj.:</b> Proporcionar un inventario de intervenciones no farmacológicas dirigidas por una enfermera y evaluar el manejo de la ansiedad en pacientes con cáncer avanzado. <b>Tipo de estudio: RS</b>	Intervenciones educativas y psicosociales máxima 30 min/ oscila 1-2 semana durante 2 semanas hasta 1 al mes hasta 6 meses. Técnicas de relajación, música, IG y masajes. <b>Duración/ frecuencia: IG:</b> <u>Masajes:</u> no duración/1 semanal durante 3 semanas. <b>Profesional: Enfermeras</b>	<b>NE:1a</b> <b>GR: A</b>
De Paolis G <sup>(23)</sup> 2019	Italia	Hospitalario  n= 91 pacientes	<b>Obj.:</b> Valorar el efecto de las imágenes guiadas y la relajación en el alivio del dolor en pacientes con cáncer terminal <b>Tipo de estudio: ECA</b>	Terapia de distracción. Técnicas cognitivo-conductual: IG y la relajación muscular. <b>Duración/ frecuencia:</b> IG 16 min y relajación 20 min/ no frecuencia <b>Profesional: Enfermeras y practicantes con conocimientos en IG y relajación</b>	<b>NE: 1b</b> <b>GR: A</b>
Kwekkeboom K <sup>(27)</sup> 2018	EEUU	Comunitario  n= 164 pacientes	<b>Obj.:</b> Eficacia de intervención cognitivo conductual para el dolor, fatiga y los trastornos del sueño que experimenta un paciente con cáncer avanzado <b>Tipo de estudio: ECA</b>	Intervención cognitiva- conductual: IG, relajación y escucha de sonidos de la naturaleza. <b>Duración/ frecuencia:</b> 5 – 25 min/ no frecuencia <b>Profesional: Enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales (TS)</b>	<b>NE: 1b</b> <b>GR:A</b>
Erol O <sup>(16)</sup> 2018	Turquía	Hospitalario  n= 16 pacientes	<b>Obj.:</b> Explorar las experiencias de dolor de los pacientes con cáncer avanzado y presentar enfoques de manejo del dolor desde la perspectiva de los pacientes. <b>Tipo de estudio: Est. cualitativo descriptivo</b>	Estrategias para el manejo del dolor: rezar, cambiar de posición, tomar un baño caliente, caminar, ver la televisión (técnicas de distracción), participar en actividades y masajes <b>Duración/ frecuencia:</b> no especifica <b>Profesional: No especifica</b>	<b>Método CASPE</b>
Okuyama T <sup>(28)</sup> 2017	Japón	No especifica n= 782 pacientes	<b>Obj.:</b> Efectividad de la psicoterapia para el tratamiento de la depresión en personas con cáncer incurable avanzado <b>Tipo de estudio: RS</b>	Terapias grupales de apoyo, oscilan entre 60- 90 min/ 1 a 8 sesiones semanales y psicoterapia centrada en el significado, no duración/ 1 a 7 sesiones semanal <b>Profesional: Enfermeras, TS y psicólogo</b>	<b>NE: 1a</b> <b>GR:A</b>

Tabla 7: Documentos de base de datos SCOPUS

Publicación	País	Ámbito/ Muestra	Objetivo y tipo de estudio	Intervenciones, duración intervención y profesionales implicados	NE/GR
Lazenby M <sup>(29)</sup> 2018	EEUU	Hospitalario Comunitario n= 727 pacientes	<b>Obj.:</b> Revisar las necesidades religiosas y espirituales de los pacientes con cáncer avanzado y cómo las enfermeras de oncología pueden evaluar y abordarlas <b>Tipo de estudio: RS</b>	Intervenciones narrativas, psicoterapia centrada en el significado y favorecer el acceso a prácticas espirituales y religiosas <b>Duración/ frecuencia:</b> no especifica <b>Profesional: Enfermeras</b>	<b>NE: 2a</b> <b>GR:B</b>
Sadrudsin S <sup>(17)</sup> 2017	Pakistán	No especifica  n= no muestra	<b>Obj.:</b> Analizar la atención de apoyo y examinar el asesoramiento al paciente y las actividades de desviación mental, que son estrategias seguras <b>Tipo de estudio: RS</b>	Fortalecer los sistemas de apoyo social, educación del paciente, terapias espirituales, terapias de desviación mente-cuerpo y programas de ejercicio físico. <u>No duración, ni frecuencia</u> <b>Profesional: No especifica</b>	<b>NE: 2b</b> <b>GR:B</b>
Devik SA <sup>(35)</sup> 2015	Noruega	Comunitario  n= 9 pacientes	<b>Obj.:</b> Conocer la experiencia vivida e interpretar el significado de recibir atención de enfermería domiciliaria cuando se es mayor y se vive con cáncer avanzado. <b>Tipo de estudio: Est. cualitativo fenomenológico hermenéutico</b>	Importancia de la atención domiciliaria, ya que es considerado un entorno que transmite confianza y confort. Actividades: Ayuda en la realización de ABVD <b>Duración/ frecuencia:</b> no especifica <b>Profesional: Enfermeras</b>	<b>método</b> <b>CASPE</b>

Tabla 8: Documentos de base de datos CUIDEN

Publicación	País	Ámbito/ Muestra	Objetivo y tipo de estudio	Intervenciones, duración intervención y profesionales implicados	NE/GR
Coelho A <sup>(24)</sup> 2018	Portugal	Hospitalario  n= no muestra	<b>Obj.:</b> Construir un programa de IG y destacar sus efectos terapéuticos <b>Tipo de estudio: Estudio cualitativo descriptivo</b>	Postura cómoda, ejercicios de relajación y conducción de IG. <b>Duración/ frecuencia:</b> 13 min/ 2 sesiones en 1 semana. <b>Profesional: Enfermeras</b>	<b>método</b> <b>CASPE</b>

Matos MR <sup>(34)</sup> 2016	Brasil	Comunitario  n= 20 pacientes	<b>Obj.:</b> Valorar el significado de la atención domiciliar de CP en pacientes con cáncer.  <b>Tipo de estudio:</b> Est.cualitativo exploratorio descriptivo	Mantener hábitos de vida, realizar actividades de ocio y mejorar la autonomía del paciente en ABVD. <b>Duración/ frecuencia:</b> no especifica/ 2-3 veces semana . <b>Profesional:</b> Enfermera, médico, TS, psicólogo y capellán	<b>método CASPE</b>
Evangelista CB <sup>(22)</sup> 2016	Brasil	Hospitalario  n= 40 enfermeros	<b>Obj.:</b> Comprender bajo la perspectiva del enfermero, la espiritualidad implicada en la atención paliativa a pacientes oncológicos <b>Tipo de estudio:</b> Est. cualitativo	Estrategias para mejorar el bienestar espiritual: comunicación, escucha, música, apoyo familiar, formación de vínculo y colaboración con otros profesionales <u>No duración, ni frecuencia.</u> <b>Profesional:</b> Enfermeras	<b>método CASPE</b>

Tabla 9: Documentos de base de datos BVS

Publicación	País	Ámbito de aplicación	Objetivo y tipo de estudio	Intervenciones y profesionales implicados	NE/GR
Ribeiro JP <sup>(31)</sup> 2016	Portugal	Hospitalario  n= no muestra	<b>Obj.:</b> Identificar los diagnósticos e intervenciones de enfermería acerca de las necesidades psicosociales y psico- espirituales de paciente oncológico <b>Tipo de estudio:</b> Est. cualitativo exploratorio descriptivo	Escucha activa, apoyo emocional, fortalecimiento de la autoestima, mejora de la socialización, presencia, acompañamiento y consuelo <u>No duración, ni frecuencia</u> <b>Profesional:</b> Enfermeras	<b>método CASPE</b>
Oliveira AL <sup>(12)</sup> 2016	Brasil	No especifica  n= no muestra	<b>Obj.:</b> Identificar mediante un análisis de la literatura como los equipos de enfermería manejan el dolor. <b>Tipo de estudio:</b> RS	Uso de técnicas complementarias para el control del dolor (IG, musicoterapia y terapias de relajación) y masaje terapéutico. <u>No duración, ni frecuencia</u> <b>Profesional:</b> Enfermeras	<b>NE: 2b GR: B</b>