

TRABAJO FIN DE GRADO

**REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL PAPEL  
DE ENFERMERÍA ANTE EL PROCESO DE  
MORIR EN SITUACIÓN TERMINAL**

**Bruno Mauricio Arias Almaraz**

**Tutor: Alfonso Miguel García Hernández**

**Grado en Enfermería  
Universidad de La Laguna  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Curso 2021 - 2022**

## RESUMEN

**Introducción.** Actualmente, el personal de enfermería brinda apoyo multidisciplinar a pacientes en situación terminal. El papel de los enfermeros va más allá de los cuidados físicos, debiendo ofrecer un apoyo integral, contención, cuidados esenciales, analgesia y sedación, teniendo en cuenta el confort y una muerte digna.

**Objetivo.** Realizar una revisión sistemática con el fin de conocer las actividades y labores que desarrolla el enfermero en el proceso de morir ante una situación terminal.

**Metodología.** Para lograr los objetivos que se plantean en el presente trabajo, se llevó a cabo una búsqueda estructurada en las bases de datos de *punto Q*, *Science Direct*, *Pubmed*, *Scielo*, *Cinahl* y *Dialnet*. La búsqueda se realizó utilizando descriptores incluidos en DeCS (Descriptores en Ciencia de la Salud), haciendo uso del operador booleanos AND. El periodo de búsqueda abarca desde enero 2017 a marzo 2022.

**Resultados.** Se realizó una estrategia de búsqueda donde se encontraron un total de 141 artículos, reflejando los resultados y conclusiones más relevantes de los 20 artículos seleccionados, utilizando la estrategia de búsqueda y criterios de inclusión y exclusión.

**Conclusión.** En España, se debe garantizar la atención paliativa a todas las personas, al ser un derecho universal el recibir cuidados de calidad y poder elegir cómo, dónde y con quién pasar sus últimos días. Mediante una lectura crítica y exhaustiva se deduce que se debe profundizar en la investigación y aplicación de los cuidados paliativos entre el personal sanitario.

### Palabras Claves:

Intervención de enfermería, cuidados paliativos, paciente terminal oncológico, muerte digna.

## **ABSTRACT**

**Introduction.** Nursing staff currently provide multidisciplinary support to terminally ill patients. The role of nurses goes beyond physical care, and must offer comprehensive support, containment, essential care, analgesia and sedation, taking into account comfort and a dignified death.

### **Objective.**

Carry out a systematic review in order to know the activities and tasks that the nurse develops in the process of dying in a terminal situation.

### **Methodology.**

To achieve the objectives set forth in this work, a structured search was carried out in the databases of *point Q*, *Science Direct*, *Pubmed*, *Scielo*, *Cinahl* and *Dialnet*. The search was performed using descriptors included in DeCS (Descriptors in Health Sciences), using the boolean AND operator. The search period covers from January 2017 to March 2022.

### **Results**

A search strategy was carried out where a total of 141 articles were found, reflecting the most relevant results and conclusions of the 20 selected articles, using the search strategy and inclusion and exclusion criteria.

### **Conclusion**

In Spain, palliative care must be guaranteed to all people as it is a universal right to receive quality care and to be able to choose how, where and with whom to spend their last days. Through a critical and exhaustive reading, it is deduced that research and application of palliative care among health personnel must be deepened.

### **Keywords**

Nursing intervention, palliative care, terminal cancer patient, dignified death.

# ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
PALABRAS CLAVE	
	Página
1.- INTRODUCCIÓN.....	4
1.1.- Antecedentes históricos.....	4
1.2.- Desarrollo del tema:	
1.2.1.- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).....	5
1.2.2.- Definición de enfermedad terminal.....	5
1.2.3.- Organización Mundial de la Salud (OMS).....	6
1.2.4.- Informe 804 de la OMS. Control y alivio del dolor.....	6
1.2.5.- Escala del dolor del paciente oncológico.....	7
1.2.6.- Sedación paliativa.....	8
1.2.7.- Fármacos.....	10
1.2.8.- Escalas utilizadas en la sedación paliativa.....	11
2.- OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	12
3.- MATERIAL Y METODO	
3.1.- Diseño del trabajo.....	12
3.2.- Estrategia de búsqueda.....	12
3.3.- Criterios de inclusión y exclusión	
3.3.1.- Criterios de inclusión.....	13
3.3.2.- Criterios de exclusión.....	13
3.4.- Extracción de los datos.....	13
4.- RESULTADOS.....	13
4.1.- Selección de los estudios, recursos utilizados	
y fuentes de información.....	14
4.2.- Resultados cuantitativos.....	15
4.3.- Documento que aportan evidencias científicas.....	16
4.4.- Resultados y discusión.....	21
5.- CONCLUSIÓN.....	37
6.- BIBLIOGRAFÍA.....	39
7.- ANEXOS.....	43

## **1.- INTRODUCCIÓN**

En el proceso de morir, tanto los pacientes en situación terminal como sus familias necesitan cuidados, asistencia y vigilancia meticulosa, lo que mejora la calidad de vida de la persona y sus acompañantes (Lima-Rodríguez et al., 2018). Quizás este aspecto constituye una de las razones por las que se ha elegido dicho tema de trabajo.

Hoy en día, el personal de enfermería brinda apoyo multidisciplinar a pacientes ingresados durante su hospitalización (Pinedo y Jiménez, 2017). Y no es de extrañar, el papel de los enfermeros va más allá de lo simplemente concebido: estos, no solo ofrecen contención, sino que también otorgan apoyo holístico en cuanto a su lecho de muerte.

Al final de la vida de una persona, se otorgan cuidados esenciales, así como también analgesia y sedación, teniendo en cuenta el confort y una muerte digna (Valverde et al., 2017). En dicho proceso, los enfermeros establecen un vínculo profundo, como también una perspectiva multidimensional que determinan las necesidades del paciente, familia y el entorno, ayudando así a sobrellevar su enfermedad avanzada y terminal, en lo deberemos tener como objetivo mejorar la calidad en su estancia hospitalaria (Zulueta et al., 2018).

Asimismo, y según la Organización Mundial de la Salud (2022), el tema se asocia con una enfermedad con las que batallan cantidad de personas en la actualidad, el cáncer, una enfermedad que causa el mayor número de muertes después de las enfermedades cardiovasculares, produciendo defunción y morbilidad en Europa y en el mundo entero. Según las estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud en el 2022 un 20 % de las muertes que se producen en Occidente, más de 3 millones de nuevos casos al año y 1,7 millones de muertes cada año (Romero et al., 2008).

### **1.1.- Antecedentes Históricos**

Las diversas formas de atender a los pacientes terminales en España, llevó en los años 80 al Dr. Jaime Sanz Ortiz y otros profesionales sanitarios, a iniciar la concienciación entre la comunidad médica y sanitaria en general, sobre la importancia de los cuidados paliativos en la mejora de la calidad de la atención al paciente terminal, poniendo como ejemplo algunos hospitales del Reino Unido (Sanz Ortiz, 1999).

La primera Unidad de Cuidados Paliativos en España nace en 1982 en el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, promovida por Sanz Ortiz, quien inicia la divulgación en la Revista Medicina Clínica con un primer artículo titulado "*El enfermo en fase terminal*

“Sanz Ortiz, J. (1999). Desde entonces y hasta finales de los 90, los cuidados paliativos se aplicaban según criterios desiguales de los servicios sanitarios de cada Comunidad Autónoma, por lo que comenzó a reclamarse un Plan Nacional de Cuidados Paliativos para todo el territorio nacional, con la constitución en 1999 de un Consejo Interterritorial y el Grupo de Trabajo sobre los Cuidados Paliativos, con representación de todas las Comunidades Autónomas o distintos organismos públicos con competencias en materia sanitaria.

Los trabajos elaborados por los grupos culminaron con la aprobación en el año 2000 del documento denominado *Plan de Cuidados Paliativos*, que incluye las bases para su posterior desarrollo (Sánchez et al., 2019).

## **1.2.- Desarrollo del tema**

### **1.2.1.- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)**

De acuerdo con las cifras de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (1992), en los últimos años se ha incrementado las enfermedades crónicas junto con el envejecimiento de la sociedad. En España se producen 80.000 muertes anuales por cáncer, lo que supone el 25% del total de muertes. El empleo de analgésicos opioides ha mejorado la atención paliativa (Gomez Sancho,M, 2020).

### **1.2.2.- Definición de enfermedad terminal**

Armado y Oscanoa (2019), en su artículo, determinan que la enfermedad terminal posee varias características que la definen, como son la existencia de una enfermedad incurable en avanzado estado; la inexistencia de un tratamiento médico eficaz; el padecimiento de múltiples y diversos problemas o síntomas y un gran impacto emocional en el paciente, en su entorno familiar y también en el equipo sanitario que lo atiende. El paciente y sus familiares conocen el pronóstico de vida limitada, por lo que es frecuente la presencia de la muerte.

Las enfermedades que se ajustan, en mayor o menor medida, a estas características son el cáncer, el sida y las insuficiencias renal, cardíaca, hepática, e, así como enfermedades motoneurona, siendo los pacientes oncológicos en fase terminal los que han consolidado la finalidad de la enfermería de Cuidados Paliativos.

### **1.2.3.- Organización Mundial de la Salud (OMS)**

La definición de Cuidado Paliativo de la OMS: *“Los Cuidados Paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes, que afrontan una enfermedad que amenaza su vida, como la de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales”* (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud. La OMS destaca que la *“falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud, es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados”*.

Así mismo señala que el progresivo envejecimiento de la población y la creciente carga de enfermedades no transmisibles, aumentarán las necesidades de los cuidados paliativos, destacando que una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones y, en general, el uso de los servicios de salud.

Los cuidados paliativos previenen y alivian el sufrimiento, mediante una identificación temprana, una correcta evaluación y tratamiento del dolor, así como otros problemas de tipo físico, psicosocial o espiritual. La asistencia paliativa intenta ayudar a los pacientes terminales a vivir activamente hasta el momento de su muerte.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra (1990), declara que el dolor es uno de los síntomas más frecuentes y graves experimentado por los pacientes que necesitan cuidados paliativos, siendo esenciales los analgésicos opiáceos para su tratamiento, fundamentalmente en etapas avanzadas de la enfermedad, constituyendo una obligación ética y un respeto a la dignidad de las personas, el intentar reducir el sufrimiento de los pacientes.

### **1.2.4. Informe 804 de la OMS. Control y alivio del dolor**

En el programa del control del cáncer de la OMS, serie de informes técnicos 804, se prioriza que el paciente este contenido con el dolor y los síntomas de la enfermedad, como también la prevención de la patología, el diagnóstico precoz y el tratamiento. Se considera que los cuidados paliativos serán los más utilizados en la atención de pacientes al final de su vida.

La función del comité de expertos es revisar los tratamientos y el dolor para otorgarle una calidad de vida óptima al paciente oncológico. En 1982 se organiza un congreso realizado por la OMS, que se basa en cómo tratar el dolor con el cáncer, reuniendo facultativos con diferentes especialidades del área hospitalaria, como anestesiólogos, neurólogos, psicólogos y farmacéuticos. En este congreso se preparó un proyecto de cómo tratar el alivio al dolor en el curso de su enfermedad. Todos coinciden que se tenía que limitar el uso de medicación para los pacientes. Estas normas, en la actualidad son estudiadas en diferentes países e incluidas en su asistencia sanitaria, respaldado por la OMS.

El tratamiento paliativo se encarga de dar cuidado activo a los pacientes, en la que la enfermedad no reacciona con el tratamiento curativo. El tratamiento se encarga de dar una calidad óptima al paciente como a su familia en el transcurso de la enfermedad, teniendo como objetivos:

Tratar de normalizar la defunción del paciente, seguir una serie de pasos sin acelerar su partida, otorgarle alivio al dolor y si se sintiera afligido, acompañarlo con aspectos psicológicos y espirituales, para que tanto el paciente y la familia puedan sobrellevar la situación de la manera más óptima.

En la actualidad el cáncer a nivel mundial es un problema grave, ya que millones de personas son diagnosticadas y provienen de países desarrollados (Organización Mundial de la Salud, 1990).

### **1.2.5. Escala del dolor del paciente oncológico**

En el 90% de los pacientes con cáncer en estado avanzado, sufren dolor, constituyendo un problema complejo que necesita un enfoque multidimensional. Se distinguen 3 tipos de dolor oncológico:

Somático, que se produce al activarse los nociceptores.

Visceral, se produce tras la activación de los nociceptores por infiltración, por compresión de vísceras torácicas, pélvicas o abdominales.

Neuropático, causado por lesión primaria o por disfunción del sistema nervioso central o periférico con afección o destrucción nerviosa.

El dolor oncológico se clasifica según el mecanismo de producción: dolor nociceptivo, neurógeno y psicógeno., según la localización: dolor fantasma, somático y visceral y según la duración en el tiempo: dolor agudo y crónico.

Se realiza una valoración multidimensional previamente al tratamiento del dolor, a partir de la percepción del dolor por el paciente oncológico, y que tiene en cuenta: la intensidad del dolor, el tipo, el patrón, los factores desencadenantes, los factores de alivio, los síntomas que acompañan al dolor oncológico, los efectos del dolor, así como un examen físico del paciente oncológico.

Al mismo tiempo, para un correcto control del dolor oncológico, será necesario atender varias acciones básicas, como son el apoyo psicosocial, el empleo de fármacos y el uso de tratamientos oncológicos activos específicos para cada proceso neoplásico, y explicación a paciente y familia de las causas del dolor.

Con el uso de escalas de valoración del dolor, se puede cuantificar la percepción subjetiva del dolor por el paciente, permitiendo delimitar el uso de fármacos analgésicos. Existen ESCALAS verbales (evalúa la intensidad y grado de mejora del dolor), ESCALA gráfica (evalúa mediante numeración sobre una línea, la intensidad del dolor) y ESCALA analógica visual (evalúa el nivel de dolor y la respuesta al tratamiento analgésico) (Khosravi Shahi et al., 2007).

#### **1.2.6.- La Sedación paliativa**

Al final de sus días, los pacientes en situación terminal sufren diversos síntomas, al avanzar la enfermedad, algunas sintomatologías se vuelven incontrolables.

La sedación paliativa consiste en administrar fármacos al paciente para aliviar, también se podrá evitar el sufrimiento físico o psicológico, en que se procederá a la disminución profunda e irreversible de la conciencia, cuya muerte le llegará en un periodo corto de tiempo (Nogueira & Sakata, 2012).

Con este proceso, se aliviará el sufrimiento intenso, aunque también aparecerán los síntomas refractarios que son aquellos que no pueden ser calmados con los tratamientos que habitualmente se usan.

Se deberá tener en cuenta que en ocasiones los síntomas refractarios y síntomas difíciles se pueden confundir, aunque con la experiencia del médico se pueden distinguir.

La sedación paliativa puede ser clasificada según el tiempo e intensidad: Según tiempo se diferencia en sedación continua y profunda, tanto como sea necesario para aliviar el dolor y que no sufra el paciente, o en sedación intermitente, con periodos de alerta, se aplican a pacientes con síntomas refractarios. Según la intensidad se distingue en sedación profunda, en la que se desciende la conciencia del paciente y sedación superficial, la cual permite la comunicación con el paciente, ya sea continua o discontinua, aliviando los síntomas y la sedación paliativa en la agonía, cuando el paciente se encuentra a días u horas de fallecer (Fernández, 2020).

Para realizar dicho procedimiento se necesitará la autorización del paciente que transita la enfermedad o de un familiar, si no se encuentra en condiciones de tomar decisiones, siendo un procedimiento médico aceptado ético y jurídicamente.

Entre los cuidados que se tienen en cuenta en la sedación paliativa, antes de iniciada la indicación médica, se emplearan cuidados de confort y aliviando todos síntomas que padezca el paciente. Atendiendo a la Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días, se ha de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se acompañará al paciente, facilitando a la familia la despedida.
- Se tratará que el paciente se encuentre en una habitación individual y así preservar la intimidad en el momento de la sedación y fallecimiento.
- Será necesario contar con el consentimiento del paciente o en tal caso, se deberá tener el consentimiento verbal de la familia.
- Cuando la sedación se inicia, se procede a realizar unos cuidados protocolizados.
- Como profesionales sanitarios, se deberá asegurar que el paciente y la familia hayan sido correctamente informados acerca de la sedación y la realización.
- Si el paciente se encuentra en su vivienda se evaluará si reúne las condiciones, para otorgarle el confort que se merece.
- Si el paciente cuenta con cuidadores o con su familia se enseñará el uso de rescates y medicación que se administrará por vía subcutánea.
- Se tendrá mayores cuidados en la vía por la que se administrará medicación, evitando cualquier problema en una infusión.
- Se valorará el nivel de sedación y de observación de los síntomas.
- Se asegurará el lenguaje verbal y no verbal, manteniendo una comunicación continuada.

- Las condiciones de la habitación serán importantes, para tener una tranquilidad absoluta del paciente, siempre prevaleciendo el confort (higiene, cuidado de la piel y de la boca).
- Si hay presencia de estertores, se realizara un aspirado de secreciones, así se otorgará comodidad.
- Se evitarán los movimientos bruscos al momento del aseo, limitando también los cambios posturales, solo realizarlos para su comodidad o evitar las lesiones por presión, aunque se evitarán en las últimas horas de vida del paciente.
- Si se realiza una cura, su realización será rápida y solo si es imprescindible.
- Se evitará la toma de constantes, si no es rigurosamente necesario.
- Si mantiene fiebre, se colocarán paños húmedos a temperatura ambiente.
- No se recomienda la administración de enema, ya que puede causar molestias innecesarias al paciente.
- Se evaluará la cantidad de orina y se evitará la retención urinaria, para evitar la administración de una sonda vesical.
- Se adaptará la alimentación según el nivel de conciencia, dado que la nutrición impuesta puede generar broncoaspiraciones.
- La nutrición parenteral está contraindicada.
- Se otorgará contención familiar, ayudando en todo momento a que el familiar se sienta contenido y proporcionando asistencia espiritual, si lo precisan.
- Se debera informar de forma detallada si lo requieren, sobre la partida o de gestiones que debieran realizar (Bugarín et al., 2021).

### **1.2.7. Fármacos**

Los fármacos que se utilizan deben tener rapidez de acción, fácil aplicación y contar con la posibilidad de revertir su efecto en la sedación y para el control del dolor. La dosis será individual según los siguientes factores: la edad, estado nutricional, según historial clínico, ingesta de opioides, abuso de drogas o alcohol, función renal o hepática y el estadio de la enfermedad.

Los fármacos utilizados son: **Ver Anexo 5**

Primer escalón: Midazolam: su acción es rápida y posee su antídoto (flumaceniolo®). Es una benzodiazepina y se puede combinar con la morfina, haloperidol®, Levomepromazina®, metoclopramida®, entre otros.

El segundo escalón: Midazolam en combinación con levomepromazina o propofol® si el paciente está ingresado en el hospital.

El tercer escalón: Si el paciente se encuentra en su domicilio se le pautara fenobarbital, y si está hospitalizado Propofol®.

También en la sedación paliativa se utiliza: Cloruro Mórfico (morfina): se emplea para el dolor, disnea, tos y diarrea, se puede combinar con Midazolam, consiguiendo una sedación terminal en el 95% de los casos. Haloperidol®: Neuroléptico, se emplea para náuseas, vómitos, agitación, también para el delirium no refractario, su acción es poco sedante. Butilbromuro de Hioscina, se emplea para estertores premortem, secreciones respiratorias, obstrucción intestinal, sialorrea y antiespasmódicos. Se comienza con buscapina de 120mg y si a los 3 rescates no es efectivo, se sustituye por Escopolamina.

A pesar de la dosis pautada por el médico, también se pautan rescates (dosis extras), usando el mismo fármaco utilizado en la inducción. Cuando un paciente solicita varios rescates en un periodo de tiempo de menos de 24 horas, el enfermero deberá comunicarle al médico para revisar y aumentar la dosis de inducción (Matoses Chirivella, 2015). La medicación será administrada por vía venosa (de acción rápida) o vía subcutánea (Matoses Chirivella, 2015).

### **1.2.8. Escalas utilizadas en la sedación paliativa**

Se emplean diferentes escalas para valorar el estado del paciente en situación terminal:

Escala de Ramsay. Escala utilizada en la sedación paliativa, en la que se evalúa el nivel de conciencia que someten al paciente, el mismo en la puntuación 4 se encuentra dormido. En general en la sedación paliativa, al paciente lo mantienen entre los niveles 5 y 6 (Rasheed et al., 2019).

El personal de enfermería es el encargado de registrar la profundidad de la sedación mediante una tabla, que nos otorga información para la administración de fármacos según prescripción médica (Fernández, 2020). **Ver Anexo 2**

Escala de Rass-Pal. Escala de agitación-sedación de Richmond, utilizada en unidades de cuidados paliativos, nos permite valorar el nivel de agitación y sedación del paciente con parámetros: -5 el paciente no responde a estímulos dolorosos ni a la voz, +4 el paciente se encuentra combativo y puede causar riesgo hacia el personal (Bush et al., 2014). **Ver Anexo 3**

Escala de PPS. Es una escala que nos da información sobre la estimación de signos y síntomas, que tiene dominio en el pronóstico de supervivencia del paciente. Cuando el índice de la escala de PPS es bajo, el tiempo de supervivencia del paciente es corto, en cambio si el PPS es alto, el tiempo de supervivencia será más extenso (Fernández, 2020).

**Ver Anexo 4.**

## **2.- OBJETIVOS**

### **General:**

Realizar una revisión bibliográfica sistemática, con el fin de averiguar las actividades que desarrolla el personal de enfermería en el proceso de morir en los últimos días de los pacientes en situación terminal.

### **Objetivos específicos:**

- 1.- Identificar y analizar qué tipos de estudios, los cuidados apropiados y de confort que se le otorga a un paciente en situación terminal.
- 2.- Detallar las condiciones adecuadas de enfermería para proporcionarle al paciente, asistencia digna al final de su vida.

## **3.- MATERIAL Y METODO**

### **3.1.- Diseño del trabajo:**

Para lograr los objetivos que se plantean en el presente trabajo, se llevó a cabo una búsqueda estructurada en las bases de datos de *punto Q*, *Science Direct*, *Pubmed*, *Scielo*, *Cinahl* y *Dialnet*.

La búsqueda se realizó utilizando descriptores incluidos en DeCS (Descriptores en Ciencia de la Salud), haciendo uso del operador booleanos AND.

El periodo de búsqueda abarca desde enero del 2017 hasta marzo de del 2022 y se basó en una revisión detallada de publicaciones científicas con objetivo de alcanzar una visión global de la información existente.

### **3.2.- Estrategia de búsqueda:**

Se realiza, primeramente, una clasificación de la búsqueda empleando las palabras claves del tema, teniendo en cuenta el periodo buscado, términos de interés buscados, fecha de acceso y resultados de la búsqueda. Posteriormente se realizó la búsqueda con las palabras clave en bases de datos. **Ver Tabla 1**

### **3.3.- Criterios de inclusión y exclusión:**

Para la selección de las publicaciones se utilizaron los siguientes criterios:

#### **3.3.1.- Criterios de inclusión:**

- **Tipo de material:** artículos, libros y recursos de texto.
- **Periodo de búsqueda:** enero de 2017 hasta enero 2022.
- **Idioma:** español
- **Publicaciones:** con aportación de evidencia científicas.
- **Artículos:** con acceso a texto completo.
- **Palabras clave:** intervención de enfermería, cuidados paliativos, paciente terminal oncológico y muerte digna.
- **Muestra de estudio:** pacientes adultos o mayores de 18 años.

#### **3.3.2.- Criterios de exclusión:**

- Artículos publicados antes de enero de 2017.
- Artículos pediátricos.
- Artículos que no son gratuitos o artículos de pago.
- Artículos no incluidos en la base de datos de la biblioteca universitaria.

### **3.4.- Extracción de los datos: resultados cuantitativos**

Durante la búsqueda de revisión bibliográfica en *punto Q*, se realizó una lectura de los títulos y resúmenes de las publicaciones, seleccionando aquellos que respondían a la pregunta de estudio y relacionados con los objetivos planteados. La información de resultados cuantitativos está reflejada en cuadros con sus bases de datos correspondientes. **Tabla 2**

## **4.- RESULTADOS**

Realizando una estrategia de búsqueda propuesta por el tutor, se encontraron un total de 141 artículos. Dado el elevado número de bibliografía seleccionada se procedió a refinar la búsqueda, haciendo uso de los criterios de inclusión. Los resultados de la búsqueda y el número de artículos seleccionados están reflejados en la Tabla 1.

En la base de datos *Science Direct* se encontraron 27 artículos, de los cuales fueron seleccionados 8; en la base de datos *PubMed*, se localizaron 22 resultados, de los cuales, aplicando criterios de exclusión, se seleccionaron 3. De la base de datos *Scielo*

fueron seleccionados 53 artículos, eligiendo finalmente 4; en la base de datos *CINAHL* se obtuvieron 22 resultados, seleccionando 3 artículos, y por último, en la base de datos *Dialnet*, se encontraron 17 artículos, de los cuales, se seleccionaron 2.

A continuación, en la Tabla 3, se reflejan los resultados y conclusiones más relevantes de los 20 artículos seleccionados, utilizando la estrategia de búsqueda y criterios de inclusión y exclusión que se han citado anteriormente.

**4.1.- Tabla 1: Selección de los estudios, recursos utilizados y fuentes de información**

<b>Estrategia de búsqueda</b>			
<b>Periodo buscado</b>	<b>Términos de búsqueda</b>	<b>Fecha de acceso</b>	<b>Resultados</b>
<b>Base de datos: Science Direct</b>			
No acotado	Intervención de Enfermería /Nursing Interventions	13/03/22	5.013
No acotado	Cuidados Paliativos / paliative care	13/03/22	3.473
No acotado	Paciente terminal oncológico / cáncer terminal patient	13/03/22	14.201
No acotado	Muerte Digna / Death with dignity	13/03/22	483
Últimos 5 años	Nursing Interventions AND paliative care AND cáncer terminal patient AND Death with dignity	13/03/22	27
<b>Base de datos: PubMed</b>			
No acotado	Intervención de Enfermería /Nursing Interventions	17/03/22	2.467
No acotado	Cuidados Paliativos / paliative care	17/03/22	601
No acotado	Paciente terminal oncológico / cáncer terminal patient	17/03/22	376
No acotado	Muerte Digna / Death with dignity	17/03/22	1367
Últimos 5 años	Nursing Interventions AND paliative care AND cáncer terminal patient AND Death with dignity	17/03/22	22
<b>Base de datos: Scielo</b>			
No acotado	Intervención de Enfermería /Nursing Interventions	05/04/22	2.055
No acotado	Cuidados Paliativos / paliative care	05/04/22	1.274
No acotado	Paciente terminal oncológico / cáncer terminal patient	05/04/22	584
No acotado	Muerte Digna / Death with dignity	05/04/22	77
Últimos 5 años	Nursing Interventions AND paliative care AND cáncer terminal patient AND Death with dignity	05/04/22	53

<b>Base de datos: CINAHL</b>			
No acotado	Intervención de Enfermería /Nursing Interventions	15/04/22	165
No acotado	Cuidados Paliativos / paliative care	15/04/22	480
No acotado	Paciente terminal oncológico / cáncer terminal patient	15/04/22	8
No acotado	Muerte Digna / Death with dignity	15/04/22	14
Últimos 5 años	Nursing Interventions AND paliative care AND cáncer terminal patient AND Death with dignity	15/04/22	22
<b>Base de datos: Dialnet</b>			
No acotado	Intervención de Enfermería /Nursing Interventions	22/04/22	2.171
No acotado	Cuidados Paliativos / paliative care	22/04/22	2.675
No acotado	Paciente terminal oncológico / cáncer terminal patient	22/04/22	240
No acotado	Muerte Digna / Death with dignity	22/04/22	482
Últimos 5 años	Nursing Interventions AND paliative care AND cáncer terminal patient AND Death with dignity	22/04/22	17

#### 4.2. Tabla 2: Resultados cuantitativos

<b>RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA BÚSQUEDA</b>			
<b>Periodo buscado</b>	<b>Términos de búsqueda</b>	<b>Resultados</b>	<b>Artículos Seleccionados</b>
<b>Base de datos: Science Direct</b>			
Últimos 5 años	Nursing Interventions AND paliative care AND cáncer terminal patient AND Death with dignity	27	8
<b>Base de datos: PubMed</b>			
Últimos 5 años	Nursing Interventions AND paliative care AND cáncer terminal patient AND Death with dignity	22	3
<b>Base de datos: Scielo</b>			
Últimos 5 años	Nursing Interventions AND paliative care AND cáncer terminal patient AND Death with dignity	53	4
<b>Base de datos: CINAHL</b>			
Últimos 5 años	Nursing Interventions AND paliative care AND cáncer terminal patient AND Death with dignity	22	3
<b>Base de datos: Dialnet</b>			
Últimos 5 años	Nursing Interventions AND paliative care AND cáncer	17	2

	terminal patient AND Death with dignity		
--	---	--	--

#### 4.3.- Tabla 3: Documento que aportan evidencias científicas

Resultados de la búsqueda							
Referencia				Resumen - Síntesis			
Año	Título	Autores	Objetivos	Muestra	Método	Resultados	Conclusiones
2017	Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente.	Pinedo Velázquez m, Jiménez JC.	Demostrar la contención espiritual que brindan los enfermeros durante la jornada laboral a pacientes ingresados en un área de hospitalización	Equipo de enfermeros psicólogos, médicos, auxiliares de enfermería y capellanes.	Estudio observacional con 57 escalas de valoración espiritual.	Se hallaron factores que entorpecen la atención que prestan los profesionales enfermeros en momentos de que el paciente se encuentra ingresado.	Se determinaron los instrumentos para aliviar el sufrimiento espiritual, ya que una persona al perder su salud necesita un acompañante espiritual.
2017	Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos.	Velarde García J, Luengo Gonzales R, González Hervías R C, Gonzales Cervantes S, Álvarez Embarba B, Palacios Ceña D.	Determinar inconvenientes de enfermería en los cuidados otorgados al paciente en situación crítica.	22 enfermeras de unidades de cuidados especiales con una antigüedad laboral de 13,6 años	Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo en el que se realizaron entrevistas y grabaciones.	En general se observaron 3 temas desfavorables, con problemas académico-culturales, arquitectónicos y problemas psicoemocionales.	Los trabajadores consideran que necesitan implementar nuevas guías de cuidados para poder llevar a cabo una prestación adecuada a pacientes en situación terminal.
2018	La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo	Zulueta Egea M, Prieto Ursúa M, Bermejo Toro L.	Realización de una revisión teórica sobre los conocimientos, actitudes y calidad del al final de la vida	16 profesionales de la salud	Es un estudio de revisión de la literatura sobre la calidad del cuidado, utilizando cuestionarios y analizando la formación sanitaria.	El resultado nos indica que la calidad de los cuidados enfermeros es un campo poco trabajado y de conocimiento medio.	Existen amplios puntos de vistas de las dimensiones para evaluar intervenciones y objetivos en la calidad de los cuidados.
2017	Razones para decidir morir en el hospital o en el domicilio. Visión de los profesionales.	Lima Rodríguez JS, Asensi Pérez M, Palomo Lara J, Ramírez López E.	Entender el motivo, que los pacientes decidan pasar sus últimos días ingresados o en su domicilio.	Se realizaron 4 grupos multidisciplinarios, 2 en hospitales y 2 en atención primaria de salud	Estudio cualitativo fenomenológico, utilizando entrevistas semiestructuradas.	Los resultados se estudiaron en 3 grupos, dividiéndolos en ingresados, familias y sanitarios, evaluando la formación.	Se empleará programas de atención y documentos de voluntades anticipadas.

2018	Intervenciones y criterios de resultados planificados por las enfermeras comunitarias en la atención al duelo en Canarias	Martín Rodríguez A, García Hernández, A, Brito PR, Aguirre Jaime A, Fernández Gutiérrez D.	Identificar las acciones planificadas y resultados por las enfermeras en la CCOO.	Personal sanitario de atención hospitalaria.	Estudio retrospectivo transversal que se extrajo de las historias clínicas informatizadas de Atención Primaria de SCS en pacientes en sus últimos días.	Se tuvieron en cuenta resultados del 67% con objetivos en la mitad de los individuos con problemas de preocupación, cambio de vida y la manera de afrontar preocupaciones.	Pacientes con complicaciones presentan más intervenciones y resultados establecidos. Se sugiere que se profundice y avance el conocimiento de estudios de ésta metodología. Se registran intervenciones NIC en el 67% de las 99 intervenciones en pacientes con dolor.
2017	Valor de una herramienta de cribado de una segunda pregunta en el despistaje del delirium por parte de la enfermería en pacientes con cáncer en un servicio de oncología.	Sancho Espinosa I, Calvo Espinós C, Arasanz Esteban H, Lacalle Emboroujo A, Ruiz de Gaona Lana E.	Comprobar la validez de una pregunta única como herramienta de un cribado en una unidad de hospitalización oncológica, analizando los factores relacionados con la presencia de cribados positivos.	. La aplicación del estudio la realizaron facultativos seleccionando a 42 pacientes hospitalizados.	Estudio descriptivo transversal con validez de una prueba de cribado en pacientes mayores de 18 años, teniendo en cuenta enfermedades oncológica en personas de ambos sexos.	Se aplicó el estudio a pacientes hombres y mujeres con enfermedad oncológica, realizando un cribado positivo.	Se concluye el análisis utilizando una pregunta única que servirá para el cribado de delirium, aunque se recomienda seguir con el estudio de investigación.
2017	Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos.	Gómez Cantorna C, Puga Martínez A, Mayán Santos JM, Gandoy Crego M.	Conocer el nivel de estrés que padecen las enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados paliativos.	94 enfermeras del SERGAS (Servicio Galego de Saúde)	Estudio de estadística descriptiva en la que se recoge, organiza y resume el resultado de las observaciones de fenómenos reales.	Se observó que el 28% del personal de enfermería presenta un nivel elevado de cansancio emocional y un 26% un cansancio medio.	Se demuestra que el estrés está directamente relacionado con el ambiente de trabajo. El grado de despersonalización se agrava según las condiciones laborales.
2018	Formación y aplicación de las terapias complementarias en los cuidados de enfermería al paciente oncológico.	Fernández Cervilla A, Salvador Ríos T	Analizar la formación de los enfermeros y la aplicación de terapias complementarias en los cuidados de enfermería al paciente oncológico.	Enfermeras del área asistencial de todos los turnos que trabajan en las unidades del centro hospitalario.	Estudio descriptivo transversal con aplicación de cuestionario que consta de dos apartados, uno de datos demográfico y otro apartado de 8 preguntas específicas.	El 58% de las enfermeras ha realizado algún tipo de formación en terapias complementarias, intervenciones mente-cuerpo son las más efectuadas en formación, seguida de las terapias manuales y de base energética.	La formación de las enfermeras oncológica en las TC es fundamental para informar y asesorar a sus pacientes y cuidarlos de forma holística. La falta de tiempo y disposición en el hospital así como la falta de reconocimiento son los principales factores de dificultad de las enfermeras oncológicas.
2020	Calidad de la muerte percibida por los cuidadores	Gutiérrez Sánchez D, López Leiva I, Cuesta	Determinar la calidad de la muerte y el proceso de	Participaron en el estudio 74 cuidadores,	Estudio descriptivo, correlacional de corte	Se encontró una correlación negativa entre la calidad de la	La calidad de la muerte de los enfermos oncológicos se

	de pacientes en cuidados paliativos.	Vargas A.	morir en población oncológica avanzada y analizar su asociación con el sufrimiento y la calidad de la atención al final de la vida.	familiares de pacientes paliativos fallecidos.	transversal.	muerte y el suficiente y una correlación positiva entre la calidad de la muerte y la atención al final de la vida.	relaciona positivamente con la calidad de la atención final de la vida.
2017	Enseñanza de los cuidados paliativos en las escuelas de medicina de El Salvador.	Fortín Magaña MA, Portilio Santamaría K, Gómez Casanovas J, López Saca M.	Estudiar la situación de enseñanza de los cuidados paliativos a nivel pregrados en las escuelas de medicina de El Salvador.	Estudiantes sanitarios de 6 escuelas de medicina en El Salvador.	Estudio descriptivo observacional y transversal mediante encuestas	El 83% del personal respondió conocer sobre los cuidados paliativos y el 100% indicó la importancia y necesidad de incluirlo dentro del plan de estudios, justificando una alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas.	Respondieron la importancia de la formación en los cuidados paliativos y la educación en el pregrado basándose en la gran carga actual y futuras de las enfermedades terminales.
2017	Personas enfermas al final de la vida: Vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios .	Ruiz Fernández MD, Ortega Galán A, Cabrera Troya J, Ibáñez Macero O, Carmona Rega M, Relinque Medina F, García Cisneros R	Conocer las limitaciones e inconvenientes de acceder a recursos sociosanitarios que transitan los pacientes al final de la vida, en situaciones vividas y en percepciones de los cuidados enfermeros.	Pacientes y familiares que transitan una enfermedad terminal.	Estudio cualitativo multicéntrico con enfoque fenomenológico.	Se estudiaron distintos niveles de asistencia sanitaria, que incluye la atención en urgencias, la falta de intimidad, tristeza y atención domiciliaria.	Los familiares y asistentes comentaron que existen inconvenientes sociosanitarios, aunque agradecen los protocolos generales existentes para optimizar la atención de los usuarios y familiares en su estancia en el hospital. En cuanto al domicilio se sienten satisfechos por los cuidados de profesionales de centros de salud.
2022	Valoración de necesidades formativas de nivel básico en cuidados paliativos en enfermeras de atención primaria en España	García Salvador I, Chisbert Alapont E, Antonaya Campos A, Casaña Mohedo J, Hurtado Navarro c, Fernandez Peris S, Bonías Lopez J, Rica Escuin M	Evaluar los conocimientos en cuanto a la percepción y los aprendizajes otorgados en atención primaria.	Participaron 344 profesionales, cumpliendo el criterio de inclusión 339	Se realizó un estudio descriptivo transversal dirigido a profesionales de centro de salud del territorio español.	Se seleccionaron 339 respuestas, siendo la mayoría mujeres, diplomadas o graduadas, con una media de dos décadas en el ámbito sanitario.	Se aconseja una mayor formación en el ámbito de los cuidados, a pacientes en situación terminal, así como a sus familias. Futuros estudios podrán reforzar los resultados obtenidos.
2019	Validación del cuestionario "palliative care difficulties	Vidal Serrano S, López Alonso S, Fernández	Homologar la traducción de la escala de dificultades de	148 profesionales sanitarios.	Estudio de validación instrumental realizado en	Se realiza cuestionario de prueba piloto con 30	Se establece un instrumento, ajustado a las condiciones de

	scale" en población española, sobre dificultades de profesionales sanitarios en cuidados paliativos.	Ojeda M, Lacalle Remigio J.	cuidados paliativos, y adentrarnos en la problemática de la aplicación de cuidados paliativos, expresando métodos de mejora.		hospital comarcal y centros de salud, realizando encuestas que recogen variables sociodemográficas, entorno a la formación y experiencia de conocimientos en la aplicación de cuidados.	profesionales continuando con una encuesta a 118 sanitarios, encontrándose una frecuencia variable y obteniendo unos resultados determinados.	nuestro país, con utilidad adecuada para establecer escalas de dificultades en cuidados paliativos.
2021	Una enfermería del trabajo con perspectiva holística.	González Caballero Javier.	Mediante este estudio se persigue incluir un programa destinado a lograr la igualdad de género para prevenir el riesgo laboral e incrementar la inversión tecnológica en la enseñanza continua.	50 expertos en prevención de riesgo laboral, que coinciden en que el futuro laboral se dividirá en cuatro etapas: bienestar, productividad, protección social y autonomía.	Estudio descriptivo de profesionales europeos en el que plantean como prioridad la atención global del trabajador, considerando aspectos formativos de la especialidad de enfermería, del contexto preventivo y asistencial.	Los investigadores ofrecen una visión holística sobre los riesgos a los que está expuesto el trabajador.	Resultados del análisis de la casuística que se presenta en el ámbito laboral, especialmente relacionados con la migración, la tecnología y digitalización.
2021	Análisis de las intervenciones nutricionales en el proceso asistencial en el paciente oncológico en Andalucía: el proyecto NOA.	García Luna P, Calañas Continente A, Villarubia Pozo A, Jiménez Lorente C, Vicente Baz D, Isabel Castanedo Isabel O, Salvador Bofill J, Rabat Restrepo JM <sup>a</sup> , Díaz Gómez L, Mediano Rambla M <sup>a</sup> D, Brozeta Benítez T, Muñoz Lucero T y Gabriel Olveira	Se estudian las intervenciones nutricionales en las diferentes fases de la enfermedad oncológica y las relaciones de los pacientes y el personal de enfermería.	13 profesionales de 8 centros sanitarios públicos de Andalucía.	Con técnicas de <i>Design Thinking</i> se identificaron y analizaron las cuestiones más importantes.	No existen protocolos de intervención nutricional consensuados ni control nutricional sistemático en las fases de la enfermedad oncológica.	Se detectan importantes diferencias entre los diferentes centros sanitarios y territorios de Andalucía en cuestión de medios y organización, así como en actividades y procedimientos. Se establece una relación de mejoras en la nutrición oncológica.
2018	Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable.	Mostacero Morcillo E, Martínez Martín M <sup>a</sup> I.	Estudiar los avances científicos en materia de envejecimiento activo y saludable y el papel de la enfermería.	Seleccionados 44 artículos de los 772 identificados	Revisión narrativa investigada de descriptores relacionados con la ciencia de la salud.	Del estudio realizado resultaron 2 categorías: áreas de responsabilidad enfermera en programas activos y la intervención de la enfermería en el contexto sociosanitario.	La investigación de los documentos analiza las funciones de enfermería en políticas de envejecimiento activo y saludable, con programas e intervenciones.

2019	Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados oncológicos: aporte para la humanización en salud.	Vega Ayasta M <sup>a</sup> T, Díaz Manchay R, Cervera Vallejos M, Rodríguez Cruz L, Tejada Muñoz S, Guerrero Quirós S.	Detallar los cuidados otorgados en el confort, así como el sostén emocional que reciben los ingresados oncológicos, como también la demostración emocional del personal como de la familia.	6 enfermeras con un promedio de edad de 40 años y 5 años de experiencia en el servicio de oncología.	Estudio cualitativo y descriptivo, realizando entrevistas semiestructuradas.	Un ambiente de amabilidad, amor y cariño es esencial para que los pacientes y la familia transiten el proceso de la enfermedad. También el confort y el apoyo espiritual.	Los pacientes son conscientes de que en la unidad está presente la humanización de los cuidados, sin dejar de lado, el respeto, la empatía y dedicación otorgada por el personal sanitario en general.
2019	Cuidados paliativos en Cruz Roja, Donostia.	Calvo Darriba M <sup>a</sup> , Salazar Lopetegi E, García Bianchi B.	Identificar acciones realizadas por personal sanitario y agentes no profesionales.	Profesionales sanitarios y agentes sociales en diferentes niveles.	Investigación – acción participativa.	El abordaje integral otorga a los pacientes tener autonomía en las tomas de decisiones y sentirse contenidos.	El grupo de profesionales plantea prestar aplicación integral para los pacientes paliativos.
2018	Los cuidados al vinal de la vida.	Victoria Zunzunegui M <sup>a</sup> .	Investigación sobre la ley de ayuda médica a morir, aprobada en 2016, que hace referencia a Ley de Eutanasia.	A partir de varias localidades seleccionadas, se valoran conocimientos y actitudes de la población.	Estudio descriptivo observacional y transversal mediante encuestas	Mediante esta investigación se propone que la sedación paliativa sea aceptada entre los facultativos médicos, reconociendo el pronóstico según los niveles de sufrimiento o si el paciente se encuentra en fase final de su vida.	El estudio concluye que actualmente se acepta la muerte asistida en los cuidados paliativos, existiendo discrepancias entre el personal médico y enfermero, en lo que respecta a los cuidados al final de la vida.
2021	Muerte digna y cuidados paliativos en el contexto de la Ley de Eutanasia: una perspectiva enfermera.	Gómez García G.	Los cuidados al final de la vida consisten en dar calidad de vida y reconocer la muerte como proceso natural.	Enfermeras de plantas de hospitalización en cuidados críticos.	Estudio de investigación con acción participativa.	En el centro hospitalario el paciente recibe cuidados complejos que le acompañarán hasta el final de su vida, existiendo dificultades por parte del personal, ya que en ocasiones afecta el estrés emocional.	El autor concluye que resulta más conveniente disponer de una Ley de Cuidados paliativos antes que una Ley de Eutanasia.

#### 4.4.- Resultados y discusión

Tras la lectura de la bibliografía de los estudios incluidos en esta revisión sistemática y con relación a los objetivos específicos, se observa que el 60% de los mismos se refieren fundamentalmente a la calidad de los cuidados apropiados que se presta desde la enfermería en cuidados paliativos, mientras que el 40% restante se centran en las condiciones adecuadas que deben reunir las intervenciones relacionadas con el cuidado en situación terminal.

Se identifican artículos, publicaciones y aquellos aspectos que tienen en común, así como sus diferencias, agrupándolos en apartados en los que a su vez se relacionarán según coincidencias y diferencias entre los autores.

Con respecto a los *Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente*, atendiendo al trabajo publicado por Pinedo Velázquez y colaboradores en 2017, en el que realizaron un estudio observacional con varios equipos de enfermería, psicólogos, médicos y auxiliares de enfermería, concluyeron que toda persona requiere de un acompañante espiritual tras perder su estado de salud. En esta misma línea, el trabajo titulado *Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados oncológicos: aportes para la humanización en salud* de Vega Ayasta MT y colaboradores, en el que se realizó un estudio cualitativo y descriptivo con 6 enfermeras con varios años de experiencia en el servicio de oncología, destaca que, en un ambiente de amabilidad, amor y cariño, al igual que el confort y el apoyo espiritual, son fundamentales para llevar un buen proceso de la enfermedad.

Ambos autores coinciden en destacar la importancia del acompañamiento espiritual para lograr mayores niveles de calidad, fundamentalmente, en el último tramo de la enfermedad que conduce irremediamente a la muerte. Se pretende ayudar al paciente en sus últimos días otorgando humanización para ayudarlo con los dolores del alma, como la ansiedad, la soledad el miedo y la tristeza. En cuanto a la atención espiritual, según Pinedo Velázquez, destaca la valoración de la esfera emocional, teniendo en cuenta la relevancia de la obtención de estándares de calidad, mientras que Vega Ayasta, hace referencia a la necesidad de que el personal sanitario otorgue un cuidado de confort que ayudará al paciente y familia a afrontar con dignidad los últimos días de vida.

En cuanto a la publicación de Zulueta Egea y colaboradores del año 2018, "*La calidad del enfermero en el ámbito paliativo*", realizaron una revisión de la literatura sobre

la calidad del cuidado al final de la vida, contando con la participación de 16 enfermeras y concluyendo que existen amplios puntos de vista en cuanto a dimensiones para evaluar intervenciones y objetivos de calidad de los cuidados por parte de la enfermería.

Igualmente, el trabajo de Mostacero y Martínez *“Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable”* del año 2018, realizaron una revisión narrativa, seleccionando 44 publicaciones científicas, en el que diferenciaron dos categorías: la responsabilidad enfermera en programas activos y la intervención de la enfermería en el ámbito sociosanitario, concluyendo la importancia de lograr un envejecimiento activo y saludable, mediante la aplicación de programas e intervenciones apropiadas.

Al mismo tiempo, la publicación *“Cuidados Paliativos en Cruz Roja Donostia”* de los autores Calvo, Salazar y García, del año 2019, destaca en su estudio de investigación participativa, que incluyó a profesionales sanitarios y agentes sociales de diferentes niveles y poblaciones, destaca el abordaje integral de los pacientes y tener en cuenta las decisiones de estos, así como el sentirse permanentemente atendidos.

Los citados estudios coinciden en resaltar la importancia del trato enfermero con el paciente y la familia, debiendo garantizar cuidados de calidad, como son los afrontamientos, la inteligencia emocional, la empatía y la amabilidad, y teniendo en cuenta, además, el cuidado de la salud mental. También señalan la gran importancia de un enfoque integral y cercano, que incluya factores familiares, sociales, psicológicos, emocionales éticos y religiosos. Todo ello inspirados en la filosofía de Bayés *“curar a veces, mejorar a menudo, cuidar siempre”*.

Otro grupo de publicaciones seleccionadas, se refieren a la cuestión de la formación del personal sanitario en cuidados paliativos. En este sentido, el estudio descriptivo transversal, con empleo de cuestionario, *“Formación y aplicación de las terapias complementarias en los cuidados de enfermería al paciente oncológico”*, publicado en el 2018 y cuyos autores son Fernández Cervilla y Salvador Ríos, han tenido en cuenta datos demográficos y 8 preguntas específicas entre enfermeras de una planta de hospitalización, incluyendo todos los turnos de trabajo, y destacando que casi el 60% de las enfermeras realizó algún curso de formación, demandando especialmente las intervenciones mente-cuerpo, terapias manuales y trabajos energéticos. Igualmente, confirman que el personal podría otorgar terapias complementarias, que se basan en técnicas no agresivas mediante el uso de medios naturales, que son fundamentales para realizarlas en pacientes paliativos.

Por otra parte, en el artículo publicado en 2017 titulado “*Enseñanzas de los cuidados paliativos en las escuelas de El Salvador*”, los autores Fortín Magaña, Portillo Santa María y Gómez Casanova, estudiaron la enseñanza de los cuidados paliativos en 6 escuelas de medicina, mediante el estudio descriptivo observacional y transversal con el uso de encuestas, deduciendo que el 83% de los estudiantes conocen los cuidados paliativos y la importancia de incluirlos en el plan de estudio, considerando el incremento futuro de las enfermedades terminales.

Igualmente, en su artículo García Salvador y otros colaboradores, publicado en el presente año 2022, “*Valoración de las necesidades formativas de nivel básico en cuidados paliativos en enfermeras de atención primaria en España*”, evaluaron los conocimientos y aprendizajes que disponen los profesionales de la atención primaria, a través de un estudio descriptivo transversal, y contando con la participación de 344 profesionales, que aconsejan una formación en los cuidados multidimensionales que debe recibir el paciente en situación terminal, así como las familias.

Los autores coinciden en señalar que, en la formación de la enfermería, además del aprendizaje de técnicas y cuidados destinados fundamentalmente al bienestar físico, existe un déficit en cuanto en la enseñanza de otras áreas, como son las relacionadas con las terapias complementarias, mencionadas por Fernández y Ríos. Mientras, Fortín y colaboradores, consideran el uso de protocolos y programas como instrumentos fundamentales para una correcta atención integral y holística del paciente. Por su parte, García Salvador y colaboradores sostienen que el personal sanitario carece de formación en el campo psicoemocional, fase final del duelo y la atención enfocada a paciente y familia.

En la atención paliativa hospitalaria, a veces se pueden presentar situaciones diferenciadas de las prestaciones habituales que reciben la mayoría de los enfermos, como pueden ser los señalados por Sancho Espinosa y otros autores, que en la publicación titulada “*Valor de una herramienta de cribado de una sola pregunta en el despistaje del delirium por parte de la enfermería en paciente con cáncer en un servicio de oncología*” del año 2017, realizaron un estudio descriptivo transversal a 42 pacientes oncológicos seleccionados con el fin de estudiar las condiciones especiales y valoraciones del delirium, tratándose de un estado confusional con pérdida de conciencia y percepción.

Por su parte, el artículo titulado *“Análisis de las intervenciones nutricionales en el proceso asistencial en el paciente oncológico en Andalucía: el proyecto NOA”* de los autores García Luna y otros, publicado en 2021, destacaron la inexistencia de protocolos de intervención nutricional consensuados ni control sistemático de los enfermos oncológicos, mediante la participación de 13 profesionales en 8 centros sanitarios y con el empleo de técnicas Desing Thinking., También se detectaron diferencias en cuanto a la organización, medios empleados, actividades y procedimientos entre los diferentes centros estudiados.

Los artículos citados refieren la variedad de situaciones que el enfermero deberá afrontar a lo largo de su vida profesional y la diversidad de enfoques que deben recibir los enfermos oncológicos y, en general, de todos aquellos que necesitan de cuidados paliativos.

*“Los cuidados al final de la vida”* de Victoria Zunzunegui, publicado en 2018, consiste en un estudio descriptivo observacional y transversal, que investiga sobre la Ley de Ayuda Médica a Morir aprobada en el año 2016, y hace referencia a la reciente Ley de Eutanasia, proponiendo la aceptación de la sedación paliativa en los facultativos médicos. También el artículo *“Muerte digna y cuidados paliativos en el contexto de la Ley de Eutanasia”* de Gómez García, publicado en el año 2021, mediante un estudio de investigación de acción participativa, plantea a las enfermeras de plantas de cuidados críticos, la importancia de los cuidados al final de la vida, considerando la muerte como un proceso natural. La primera recomendación plantea dudas de carácter ético entre los facultativos y, en el segundo caso, se plantea la necesidad de disponer de una Ley de Cuidado Paliativos previamente a la Ley de Eutanasia.

Para lograr las condiciones adecuadas que garanticen la mejor calidad en la atención paliativa, el personal sanitario de enfermería a veces debe superar diversos obstáculos y dificultades que pueden reducir dicha calidad. Una muestra de esto es la publicación del año 2017, de Velarde García, Luengo Gonzáles y otros autores, sobre las *“Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería”*, que realiza un amplio estudio cualitativo fenomenológico descriptivo, con participación de 22 enfermeras con suficientes años de experiencia, y que logra establecer tres grupos de problemas y dificultades: los derivados de los déficits académicos-culturales, los problemas generados por las incorrectas condiciones arquitectónicas que provocan dificultad en la accesibilidad, y los problemas

socioemocionales. El estudio concluye que resulta necesario incrementar el uso de guías y protocolos que permitan garantizar una buena calidad de atención a los enfermos terminales.

Por su parte, el artículo publicado en el mismo año que el anterior, titulado “*Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos*” se centra en estudiar las dificultades que habitualmente sufre el personal sanitario debido a las deficientes condiciones laborales, lo que generalmente produce estrés, depresión, aumento de bajas, etc. reduciendo la calidad de la atención al paciente. El estudio de estadística descriptiva ofrece, a partir de las aportaciones de 94 enfermeras, un panorama preocupante, ya que más de la mitad del personal, el 54%, presenta un nivel de cansancio emocional alto o medio.

Ambos estudios coinciden en destacar la necesidad de incrementar la formación del personal sanitario en el manejo de sus emociones, la mejora en la comunicación con los pacientes y en el trabajo en equipo, como mejor fórmula para superar las dificultades que día a día surgen en el ámbito hospitalario oncológico.

En el artículo “*Razones para decidir morir en el hospital o en domicilio*” del año 2017, los autores Lima Rodríguez, Pérez Palomo y Ramírez López, realizan un estudio cualitativo fenomenológico, aplicándose en 2 hospitales, para entender el motivo de que el paciente decida pasar sus últimos días en su domicilio o ingresado en el hospital. En el estudio intervinieron pacientes, familias y personal sanitario, en el que se emplearon programas de atención y documentos de voluntades anticipadas.

Con relación al artículo del año 2018 “*Intervenciones y criterios de resultados planificados por las enfermeras comunitarias en atención al duelo en Canarias*” de los autores Martín Rodríguez, García Hernández, entre otros, en el que realizan un estudio retrospectivo transversal, empleando fundamentalmente las historias clínicas informatizadas, e identificando las acciones planificadas y los resultados en pacientes terminales., concluyeron que se debe profundizar e incrementar el conocimiento de estudios de las intervenciones y objetivos en pacientes con dolor.

En la publicación de 2019 titulada “*Validación del cuestionario palliative care difficulties scale, en población española, sobre dificultades de profesionales sanitarios en cuidados paliativos*” los autores Vidal Serrano, López Alonso y otros, realizan un estudio de valoración instrumental donde participaron 148 profesionales sanitarios, con un

cuestionario que refleja las condiciones sociodemográficas, la formación y la aplicación de los cuidados.

De las tres publicaciones citadas, podemos destacar la conveniencia del uso de programas, documentos, protocolos, planificaciones, intervenciones y escalas para establecer una atención óptima a los pacientes.

Centrándonos en “*Calidad de la muerte percibidas por los cuidadores de pacientes en cuidados paliativos*” publicado en 2020, de los autores Gutiérrez Sánchez, López Leiva y Cuesta Vargas, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, que incluye a 74 cuidadores de pacientes en fase final de su vida, en el que plantearon la calidad de la muerte y el proceso de morir asociado al sufrimiento y al nivel de atención al paciente, destacando la importancia de manejo positivo en la calidad de los cuidados para lograr una óptima calidad de la muerte.

Por su parte la publicación de 2017 “*Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios*”, de Ruíz Fernández y otros colaboradores, contiene un estudio cualitativo multicéntrico con enfoque fenomenológico, estableciendo los diferentes niveles de asistencia sanitaria, incluyendo la atención en urgencias y atención domiciliaria. El estudio determinó los inconvenientes sociosanitarios, aunque con la existencia de protocolos logran optimizar la atención en pacientes hospitalarios y domiciliarios, que incluyen a sus familiares.

El artículo de González Caballero del año 2021 “*Una enfermería del trabajo con perspectiva holística*”, muestra un estudio descriptivo a nivel europeo con 50 expertos, deduciendo que el futuro laboral del trabajador se divide en cuatro etapas: bienestar, productividad, protección social y autonomía. Los expertos ofrecen una visión holística sobre los riesgos a los que se expone el trabajador sanitario, deduciendo los problemas y causas que se presentan en el ámbito laboral.

Contrastando la información aportada por los autores, coinciden en que la calidad de la atención a los pacientes paliativos, a nivel general, deben ser siempre positiva en todos los niveles asistenciales, apoyada en protocolos e instrumentos documentales para la obtención de información y poder mejorar así la calidad asistencial al paciente al final de su vida.

Con respecto a los “*Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente*”, los enfermeros reconocen la importancia de la atención emocional

y espiritual que se presta durante su estancia hospitalaria. Existen factores que entorpecen el trabajo de los enfermeros ante situaciones en que los pacientes sienten necesidad de obtener información sobre su estado de salud ya que en ocasiones presenta un estado grave o se encuentra en situación terminal. Ante la circunstancia, se presentan emociones como la angustia, miedo, depresión, rabia e insatisfacción y que puede generar niveles emocionales y espirituales muy altos.

Con el correr de los años se ha desarrollado un modelo de evaluación y acompañamiento espiritual para facilitar a la enfermería la comprensión y conocimiento del estado del paciente en situación terminal. Con este modelo se pretende ayudar al paciente que sufre dolores corporales y en la atención a los dolores del alma, ansiedad, soledad, miedo y tristeza.

La atención espiritual se puede emplear en la evaluación y abordaje científico enfermero, primando la valoración de la esfera emocional, aunque por su carácter subjetivo resulta complejo obtener resultados científicos. Se considera la atención espiritual como una técnica que posee relevancia en la obtención de estándares de calidad, según el Ministerio de Sanidad (Pinedo Velázquez y Jiménez Jiménez, 2017).

En cuanto a las estrategias de intervención de enfermería, se encuentran varios niveles, básico, medio y avanzado, conformado por el personal sanitario en general. Los profesionales sanitarios que acompañan al proceso paliativo tienen que contar con actitudes y herramientas para favorecer y permitir la serenidad y confianza en el acompañamiento espiritual, considerado como una parte fundamental e integral de los cuidados paliativos.

En cuanto al proceso final de la vida del ser humano, se demuestra la importancia de atender adecuadamente el aspecto de bienestar espiritual que favorece la salud y el estado anímico del paciente. También, con estos estudios, se demuestra la prevalencia y dominio de la espiritualidad, considerando el dolor espiritual que se asocia a síntomas y que tiene que ver con la calidad de vida del paciente.

El dolor espiritual en los pacientes empeora la salud y las emociones del paciente, optando por la atención espiritual y, en su caso, religiosa, fortaleciendo la lucha contra la enfermedad oncológica, tratando de aliviar y otorgar paz interior. El documento demuestra una subjetividad del concepto de espiritualidad, ya que cada profesional lo interpreta a su manera, siendo un impedimento en el momento de reconocer las necesidades espirituales de cada paciente.

El concepto de espiritualidad que suelen tener los pacientes está definido por paz, fe, Dios, creencia, amor y tranquilidad, definiendo la religiosidad como iglesia, esperanza, fanatismo y oración.

El déficit en la formación enfermera, impide un buen enfoque de la espiritualidad, presentándose una inadecuada preparación en esta materia. Al respecto la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) establece las actuaciones y directrices en el ámbito de cuidados paliativos que deben contemplar los profesionales de enfermería, dotándolos de habilidades en la valoración y atención de los problemas espirituales al paciente (García-Salvador et al., 2022).

Para finalizar, se reflexiona sobre las herramientas utilizadas en la medición del sufrimiento espiritual, evidenciando que existe la necesidad de sugerir y manifestar estándares de cuidados en la práctica de atención espiritual a los pacientes, teniendo en cuenta el sufrimiento, malestar y dolor espiritual (Pinedo Velázquez y Jiménez Jiménez, 2017).

En lo relativo a las *“Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería”*, los principales obstáculos para ofrecer un correcto cuidado al final de la vida se centran en el déficit académico-cultural, las dificultades psicoemocionales y, en general, la falta de formación y espacio e intimidad de los pacientes.

Se recomienda el uso de protocolos y desarrollos estratégicos de afrontamiento, para prestar un buen servicio en pacientes terminales. En los cuidados predomina la analgesia y a sedación, así como el confort básico de los pacientes.

Actualmente los cuidados paliativos cuentan con tecnología y complejidad en la prestación del servicio, aunque se encuentran dificultades con la comunicación y relación con el paciente y la familia (Velarde-García et al., 2017).

Con respecto a la *“Calidad del enfermero en el ámbito paliativo”*, los cuidados al final de la vida en el ámbito hospitalario son fundamentales, ya que destaca la importancia de la buena relación con el paciente y la familia en el acompañamiento durante el proceso de morir. Existe un amplio acuerdo entre los profesionales, de que no se cuentan con escalas específicas para ofrecer buenos servicios de calidad paliativa.

Para garantizar los cuidados de calidad es fundamental el papel del personal en el paciente terminal, según indica el profesor Ramón Bayés *“curar a veces; mejorar a*

*menudo, cuidar siempre*". Según la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EPAC), la calidad del cuidado paliativo, destaca que debe ser multidimensional, dado que el profesional evalúa las necesidades y no se centra solamente en el paciente, debiendo expresar estrategias de afrontamiento, inteligencia emocional, empatía y autenticidad (Zulueta Egea et al., 2018).

En lo que respecta a las *"Razones para decidir morir en el hospital o en el domicilio. Visión de las/los profesionales"*, las muertes en el ámbito hospitalario se han incrementado progresivamente en España, superando el 2% en el periodo 2010-2014. En Andalucía, del 60% de muertes intrahospitalarias producidas, tan solo el 20% deseaba morir fuera de su hogar, por lo que no se ajusta el lugar de la muerte deseado del elegido, cuestionando entre los profesionales el respecto a la autonomía del paciente y la necesidad de incrementar los cuidados paliativos en domicilio.

Los motivos que llevan a los pacientes terminales a decidir morir en su domicilio están relacionados con la búsqueda del bienestar al final de la vida. La decisión final del lugar de fallecimiento depende del paciente, pero también de los familiares y del proceso de cuidados recibidos por los profesionales sanitarios, donde la empatía y la buena comunicación con el paciente, resulta fundamental.

La decisión del paciente sobre el lugar de morir debe quedar reflejada en su historia clínica, permitiendo una correcta planificación de los cuidados. En general, existe un desconocimiento entre paciente, familia e incluso entre el personal de enfermería, sobre el proceso de morir.

A los pacientes, en ocasiones, no se les suele consultar sobre el lugar deseado de su muerte. Cuando el paciente no puede comunicarse, es la familia quien toma la decisión, donde a veces surgen desacuerdos, aunque la tendencia dominante es llevar al paciente al hospital, en la esperanza de que se pueda prolongar su vida. La mayoría desea morir en su domicilio, donde sienten apoyo y seguridad, mientras en el hospital existen dificultades para enfrentarse a la despedida y duelo.

Desde una visión enfermera, las razones de la decisión final de los profesionales que deciden el lugar para que el paciente pase sus últimos días, deben contar con conocimientos, habilidades y actitudes acordes con el tiempo y los recursos necesarios. En la hospitalización, los pacientes cuentan con el apoyo de otros profesionales que poseen experiencia, que pueden tener una actitud reservada para plantear el lugar de morir del paciente terminal (Lima-Rodríguez et al., 2018).

En cuanto a la planificación anticipada de cuidados (PAC), resulta escaso el tiempo y la atención a la familia. En ocasiones los sanitarios comentan el exceso de implicación, lo que supone dedicar tiempo personal. Se considera ideal contar con recursos para que el paciente pase los últimos días en su domicilio. En pacientes oncológicos se considera más fácil identificar una situación terminal por el progreso de la enfermedad, y puede permanecer en su domicilio.

Actualmente existen hospitales con buen equipamiento y personal cualificado, aunque se considera que se deben incrementar los recursos destinados a las familias y los pacientes. En la atención a pacientes terminales se planifican los cuidados domiciliarios del paciente, de los cuidadores y de las familias.

Los profesionales se encuentran con diversas dificultades en el momento de prestar la asistencia, comunicación y tiempo, entre el equipo sanitario y el paciente y la familia, ya que influye la experiencia de los facultativos y sus conocimientos (Lima-Rodríguez et al., 2018).

En lo relativo a las *“Intervenciones y criterios de resultados planificados por las enfermeras comunitarias en la atención al duelo en Canarias”*, en el ámbito sanitario, se torna complejo, siendo ideal estar al corriente de los resultados e intervenciones en pacientes terminales, que están necesitados de más investigación. Los aspectos más relevantes para centrarnos en la atención del paciente terminal, será el tratamiento de la pena o tristeza que causa la patología, así como el estado psicosocial, el cambio de sus actividades básicas de la vida diaria y procedimientos de problemas en la familia y cuidador.

La enfermería se encuentra con problemas al momento de registrar intervenciones u objetivos, aunque se debe tener en cuenta de otorgar una ayuda emocional, favoreciendo el duelo, la actitud activa, las recomendaciones y asesoramiento para una buena atención hacia el paciente (Armando Aguirre-Jaime y Fernández-Gutiérrez, 2018).

En lo relativo al *“Valor de una herramienta de cribado de una sola pregunta en el despistaje de delirium por parte de enfermería en pacientes con cáncer en un servicio de oncología”*, es un método de pregunta única, importante para la estudio y valoración del delirium. El delirium, al tratarse de un estado confusional que repercute en la alteración del nivel de conciencia, cognitiva y de la percepción, provoca una colisión en la capacidad expresiva del paciente. Es un problema común en personas que padecen algún tipo de cáncer, similar a síntomas como el dolor. Es importante localizar este síndrome, ya que

puede conducir a una mejoría del estado del paciente, mientras rebaja la hospitalización y las dificultades a largo plazo. La falta de entrenamiento del personal sanitario es un problema en el descubrimiento de los pacientes que lo padecen y se puede asociar equivocadamente con otros síntomas, como la astenia o depresión. Para obtener la información al corriente, se necesitan los registros de enfermería, con la información más relevante, realizando un triaje del delirium (Sancho-Espinosa et al., 2018).

En cuanto a los *“Niveles de estrés en el personal de enfermería y unidades de cuidados paliativos”*, el personal hospitalario y extrahospitalario podrían sufrir riesgos de estrés laboral (Burnout) ya sea por tener un contacto directo con duras condiciones de trabajo, las turnidades de sus jornadas y retribución económica. Todo esto puede desencadenar problemas en el trato de pacientes, familias y ambiente laboral. El *“síndrome del quemado”* surge como consecuencia de atender a pacientes al final de su vida, trabajar en un equipo problemático o de preparación deficiente o falta de habilidades. Uno de los elementos para protegerse de este síndrome, es el trabajo en equipo, una buena relación con compañeros, concluyendo con un trabajo bien realizado. Otro elemento importante es el nivel de autoestima personal, en el que el trabajador se siente seguro y valorado profesionalmente.

Los profesionales que eligen trabajar en cuidados paliativos son personas que manejan su ansiedad y no le temen a acompañar a personas en el final de su vida. El estrés generado en una planta de hospitalización puede conducir a conductas de absentismo, baja laboral y reducción del rendimiento (Gómez-Cantorna et al., 2017).

Con referencia a la *“Formación y aplicación de las terapias complementarias en los cuidados de enfermería al paciente oncológico”*, en la preparación del personal del área de oncología es importante saber comunicar al paciente las terapias complementarias de manera más holística y humanitaria, aunque en la actualidad se encuentran barreras legales en su correcta realización. Las terapias complementarias (TC) se basan en la aplicación de técnicas no agresivas, que usan medios naturales como el aire, agua, tierras, ejercicio, plantas, dieta, uso de las manos o parte del cuerpo, incluyendo el quiromasaje, la osteopatía, reflexología, terapias craneosacrales, drenaje linfático y el shiatsu, empleo de la mente, la energía, el positivismo y la tecnología. Resulta necesario incrementar la formación del personal que trabaja en planta oncológica, en materia de terapias complementarias. Con los resultados de la investigación se pretende contribuir a nuevas investigaciones sobre las TC y su aplicación para obtener beneficios de relajación,

bienestar y minimizar la ansiedad y el dolor de los pacientes ingresados. La preparación es fundamental para otorgar unos cuidados de calidad a los pacientes oncológicos (Cervilla-Fernández et al.,2018).

En lo referente a la *“La calidad de la muerte percibida por los cuidadores de pacientes en cuidados paliativos”*, las buenas condiciones en la atención al paciente al final de la vida se relacionan positivamente con el bienestar y confort del paciente y se manifiesta negativamente con el padecimiento y el dolor asociado que transitan durante la enfermedad terminal. Una de las funciones del personal sanitario es aliviar el sufrimiento para obtener un bienestar y una calidad de muerte digna. La calidad de la muerte y del proceso de morir (CMPM) es un indicador subjetivo y está influenciado por factores socioculturales, tipo de patología, lugar de atención, el sufrimiento que padece y su familia. Este indicador presenta dificultades para la medición, según la experiencia o proceso de muerte en el paciente, su ámbito familiar y hospitalario. El CMPM se presenta positivamente en cuanto a la calidad de atención al paciente y de forma negativa con relación al sufrimiento. Se considera que la atención en los cuidados paliativos consigue horizontes óptimos en los CMPM de paciente al final de vida durante su estancia hospitalaria (Gutiérrez Sánchez et al., 2020).

Otro factor importante es la *“Enseñanza de los cuidados paliativos en las escuelas de Medicina”*, en países en desarrollo de América latina, el aumento de las enfermedades crónicas crece debido sobre todo a los cambios demográficos. La mayoría del personal sanitario controla los cuidados paliativos y en su totalidad considera la importancia de que se apliquen dentro del temario universitario sanitario, como así también la práctica en el ámbito hospitalario. En este país, desde el año 2014, se abrieron seis módulos de dolor y cuidados paliativos, con sus respectivos protocolos de actuación, siendo los programas que van creciendo lentamente de acuerdo con su desarrollo y aplicación (Fortín Magaña et al., 2019).

Por otra parte, las *“Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios”*, tanto los cuidadores como los familiares y personal sanitario confirman los diversos obstáculos de los que sufre el sistema sanitario, con protocolos obsoletos que no cubre las necesidades del paciente y su familia, como ejemplo, disponer una habitación individual, así como la falta de apoyo psicológico de las unidades.

Los pacientes, dado el gran número de personas enfermas y de pronóstico crítico, son atendidos de forma permanente y general en los servicios de urgencias, donde existe déficit de mobiliario para los ingresos para su trato digno, sospechando que la política del hospital realiza esta maniobra para evitar el ingreso de los pacientes y así recibir sus cuidados paliativos (Ruiz-Fernández et al., 2017).

En cuanto a la *“Valoración de necesidades formativas de nivel básico en cuidados paliativos en enfermeras de atención primaria en España”*, la formación y preparación de la enfermería en la atención primaria, en cuanto a su labor y atención, continúa siendo escasa en España y el personal sanitario es consciente de ello, especialmente en campos psicoemocionales, fase final de duelo, vigilancia de síntomas, etc. Resulta importante una preparación enfocada a pacientes y familia, para lograr una óptima atención paliativa (García-Salvador et al., 2022).

Por otra parte, la *“Validación del cuestionario “Paliative care difficulties scale (PCDS)” en población española, sobre dificultades de profesionales sanitarios en cuidados paliativos”*, mediante un cuestionario (PCDS) adaptado y traducido al español, breve y de fácil comprensión, permite al personal sanitario su transmisión y divulgación. Este cuestionario se utiliza por enfermeros y médicos de centros de salud, así como personal de hospitalización, siendo un estudiado documento que presenta validez y de fácil aplicación, que ayuda a evaluar los problemas localizados en los profesionales hacia los pacientes y familiares que necesitan calidad en su atención (Serrano & Alonso, 2019).

Por otra parte, en *“Una enfermería del trabajo con perspectiva holística”*, se analizan diversos factores que intervienen en la vida laboral y competencias de la enfermería: las condiciones de seguridad laboral, los niveles de rendimiento laboral, digitalización de la sanidad, riesgos laborales, entre otros. Mediante este estudio se trata de conseguir una satisfacción en la realización del trabajo, una buena promoción de la salud y finalmente, lograr los objetivos de las empresas. Mediante estas intervenciones, se pretende promoción de la salud y educación sanitaria, tanto para los trabajadores como para la sociedad en general (González Caballero, 2021).

En el *“Análisis de las intervenciones nutricionales en el proceso asistencial del paciente oncológico en Andalucía: el proyecto NOA”*, que se realizó sobre el cribado nutricional, se concluyó que no existe una igualdad en el uso de protocolos usados para la valoración nutricional, así como organizaciones y actividades en hospitales de la comunidad de Andalucía. Se deduce que un 40% de pacientes con patología oncológica

sufren desnutrición, teniendo en cuenta que la medicación antineoplásicos resultan negativos para un estado óptimo nutricional de los pacientes.

En cuanto a las problemáticas que se presentan con respecto a la nutrición y contención asistencial, se evaluaron 3 áreas: 1. Las propias o relativas del paciente, que se determinó la falta de información de su estado de salud, 2. Las relativas a la familia, déficit de comunicación y falta de contención psicológica y 3. las relativas en la asistencia, siendo la falta de personal para contribuir al cuidado el paciente y la familia en general (García Luna et al., 2021).

En cuanto al *“Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable. Revisión narrativa”*, los profesionales sanitarios deben promover la vejez sana, planteando participación en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, fomentando la participación de los mayores en atención primaria, realizando programas sobre envejecimiento activo. Los programas deben promover un estilo de vida saludable y evitar hábitos nocivos, es aquí donde la enfermera posee un papel importante, para comunicar habilidades de autocuidado hacia nuestros mayores. Se destaca la realización de actividad física regular, el cuidado de la alimentación, ya que algunos mayores, al ser único miembro familiar, se encuentran mal nutridos. El papel de enfermería es fundamental para informar sobre la dieta mediterránea, así como un cuidado en la salud mental, sin dejar de lado las relaciones sociales y el ocio, que tienen un papel importante (Velarde-García et al., 2017).

Frente a la *“Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: aporte para la humanización en salud”*, el personal sanitario otorga cuidados dedicados a personas que se encuentran atravesando la enfermedad sosteniendo que existe humanización hacia los pacientes oncológicos. Se comienza demostrando amabilidad, siguiendo con el saludo y demostrando respeto, empatía y tratando de aclarar toda duda que necesite saber el paciente y su familia.

Los enfermeros deben otorgar un cuidado de confort para aminorar el dolor que padece el paciente, sin dejar de lado el apoyo espiritual, el estímulo de la fe, esperanza, oración y respetar toda creencia de los pacientes. Todo esto ayudara al paciente y la familia a afrontar con dignidad los últimos días de vida (Vega Ayasta et al., 2020).

En cuanto a los *“Cuidados paliativos en Cruz Roja Donostia”*, se destaca que la atención paliativa requiere de un enfoque integral, con participación de todos los factores que rodean los últimos momentos de la vida de una persona. El tratamiento debe incluir,

además de los relacionados con el ámbito sanitario, aquellos que intervienen en el proceso de morir, como son los factores familiares, sociales, psicológicos, emocionales, ético y religioso de cada paciente, lo que conlleva una variedad y niveles en profesionales de enfermería que realizan los cuidados.

Disponer de una visión global del paciente, facilita la elaboración de planes de intervención de cada uno, que le garantice su autonomía y toma de decisiones, con intervención del paciente en su plan de atención. Se destaca la importancia del trabajo en equipo y la colaboración entre ellos en los diferentes niveles asistenciales (Calvo Darriba et al., 2019).

Así mismo, *“Los cuidados al final de la vida”* en diversos países, la atención al paciente terminal y los cuidados al final de la vida, están influenciadas por actitudes y creencias del personal sanitario. En España se generó un debate médico y social sobre eutanasia y el suicidio asistido, sin acuerdo ya que se considera delito. La nueva legislación sobre eutanasia termina con el debate, estableciendo los límites éticos (Velasco Bernal y Trejo-Gabriel-Galan, 2022).

En la actualidad se cuenta con un documento de instrucciones previas, que se registran a nivel nacional, llamado de voluntades anticipadas o testamento vital, que informa al paciente y familia sobre los pasos a seguir en la última etapa de vida. Los DVA suelen manejarlo los médicos y en algunas ocasiones no suelen proponerlo a sus pacientes, aunque padezcan de una enfermedad crónica terminal. En 2010 existían médicos que desconocían la existencia del registro y les costaba tomar alguna decisión sobre la aplicación de tratamientos en situación crítica, lo que no parece que haya cambiado actualmente. Con los años, los cuidados paliativos evolucionaron, aplicados a pacientes con patología oncológica, aunque los pacientes no oncológicos, carecen en ocasiones de los cuidados paliativos necesarios.

En cuanto a la sedación paliativa, los profesionales de la salud poseen una aceptación variable, otorgando ésta según el pronóstico o la magnitud del sufrimiento o dolor y cuando la defunción es inminente. Se demuestra que los médicos se muestran favorables en la aceptación de muerte asistida y cuidados paliativos, aunque existen profundas discrepancias entre el personal sanitario sobre el estatus legal de los cuidados al final de la vida en torno a la retirada de tratamiento o si el paciente lo solicita (Zunzunegui, 2018).

Para finalizar con lo propuesto, la *“Muerte digna y cuidados paliativos en el contexto de la ley de eutanasia una perspectiva enfermera”*, la muerte digna tiene que ver con el respeto a la autonomía y calidad de la atención recibida por cada paciente. En España, se debe garantizar la atención paliativa a todas las personas, que tiene el derecho a recibir cuidados de calidad y poder elegir cómo, dónde y con quién pasar los últimos días de vida. La atención paliativa en España solo cubre en la actualidad a la mitad de los pacientes que lo requieren.

Los tratamientos paliativos son un derecho universal y se debe tener en cuenta la prevención, evaluación y control de síntomas generados por las preocupaciones de los pacientes en sus últimos días.

En los cuidados paliativos no se trata de sobrepasar o aplazar la muerte, sino que es dar una calidad de vida, reconociendo la muerte como un proceso inevitable de la vida. El personal de enfermería convive constantemente con la muerte ya que, permanentemente prestan cuidados a pacientes en su final de vida; además tratan a los pacientes y familias que transitan el camino del sufrimiento, lo que implica enfrentarse a una carga emocional y éticas, con situaciones complejas.

El papel de la enfermería es fundamental, al ser el nexo entre el paciente y familia, y el equipo sanitario, participando activamente en el proceso de morir del paciente. También debe acompañar y vigilar el proceso, disponer de habilidades para el estrés emocional y tratar síntomas propios de la enfermedad como también los refractarios. Unos de los pilares básicos en la atención profesional con el paciente y familia, que influye positivamente en la percepción y satisfacción del paciente, lo que permite reducir los efectos negativos de los tratamientos.

La Ley de Eutanasia y Cuidados Paliativos (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de eutanasia), no es bien recibida por algunos facultativos, ya que sostienen que los CP no están a la altura de satisfacer las necesidades y creen que legalizar la muerte asistida es como comenzar la casa por el tejado, ya que se pueden dar casos contradictorios donde un paciente solicita la eutanasia mientras se les niega el acceso a unos cuidados paliativos al final de su vida (García Gómez, 2021).

## 5.- CONCLUSIONES

En esta revisión sistemática se realizó una recopilación y lectura crítica de artículos relacionados con los objetivos del presente TFG, consistente en conocer el papel de la enfermería ante el proceso de morir en situación terminal y teniendo como objetivo fundamental ofrecer los cuidados apropiados, las condiciones adecuadas y la atención de calidad al paciente, aliviando su dolor, otorgando bienestar y confort al final de su vida (Gutiérrez Sánchez et al., 2020).

Tras la lectura y análisis de la literatura científica seleccionada, destaca la diversidad de enfoques y aspectos que intervienen en los cuidados paliativos al final de la vida, confirmando la necesidad de que el personal sanitario disponga de una visión global, multidimensional, holística, multidisciplinar e integral del paciente terminal, cuestión en la que coinciden la mayoría de los artículos seleccionados (Calvo Darriba et al., 2019).

Otro de los aspectos en los que existe una amplia coincidencia, es en señalar el déficit existente en formación y práctica hospitalaria, en materia de cuidados paliativos, así como en la diversidad de los modelos de planes de intervención, guías y protocolos que se deberían aplicar, lo que no siempre se realizan adecuadamente (Velarde-García et al., 2017).

Igualmente se debería mejorar las intervenciones de promoción de la salud y educación sanitaria, tanto para los trabajadores como para la sociedad en general, así como mejorar factores familiares, sociales, psicológicas, emocionales, éticos y religiosos para la atención de los pacientes. (González Caballero, 2021)

La preparación de enfermería en la atención, tanto primaria como especializada, continúa siendo escasa en España, especialmente en el campo psicoemocional, de la fase final del duelo, así como en la vigilancia de los síntomas.

El personal sanitario confirma que el sistema cuenta con protocolos aún insuficientes, que no cubren completamente la necesidad del paciente y su familia. (Ruiz-Fernández et al., 2017)

Los pacientes terminales atraviesan una situación trascendente, que se caracteriza por sufrir diversas emociones por lo que la preparación de la enfermería en estos campos, como la espiritualidad y la atención del alma así como herramientas que conduzcan a lograr una serenidad y confianza del paciente, sin descuidar el acompañamiento espiritual

que favorece la salud y su estado de ánimo (Pinedo Velázquez & Jiménez Jiménez, 2017).

Otro aspecto destacable, es la dificultad del enfermero en la comunicación con el paciente y familia, en general debido a la carga o condiciones de trabajo, lo que supone reducir la calidad de la atención al paciente y familia. Para afrontar estas situaciones, el personal debería disponer de una estrategia de afrontamiento, inteligencia emocional, empatía y autenticidad, que le permita superar esas dificultades (Velarde-García et al., 2017).

Conviene mencionar la importancia de incrementar la formación del personal y la habilidad de saber transmitir al paciente y obteniendo claros beneficios como relajación y bienestar general, y reduciendo la ansiedad y el dolor (Cervilla-Fernández et al., 2018).

Para mejorar el ambiente laboral, se recomienda un trabajo en equipo, una buena relación con compañeros y un trabajo bien realizado, teniendo en cuenta la autoestima personal, uno de los aspectos fundamentales en la profesión de enfermería (Velarde-García et al., 2017).

La inmensa mayoría de los pacientes terminales prefieren pasar los últimos días en su hogar, aunque los familiares tienen la tendencia de llevar al paciente al hospital, con la esperanza de que le puedan prolongar la vida y reducir su sufrimiento o dolor (Lima-Rodríguez et al., 2018).

Para finalizar el presente trabajo destacaría el respeto, la autonomía y la calidad de la atención recibida en los cuidados al final de la vida y la muerte digna. En cuanto al papel de la enfermería, se considera de gran importancia su función de punto de unión entre el paciente, su familia, y el equipo sanitario, participando activamente en el proceso de morir, sin olvidar que el enfermero debe acompañar y controlar el proceso de la muerte y disponer de las habilidades anteriormente citadas.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

Amado J. y Oscanoa T. (2019). Definiciones, criterios diagnósticos y evaluación de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte Médico*, 20(3), 1-8. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n3.11>

Brito-Brito, P. R., Armando Aguirre-Jaime, & Fernández-Gutiérrez, D. Á. (2018). Bereavement care interventions and outcome criteria planned by community nurses in the Canary Islands. *Enfermería Clínica* (English Edition), 28(4), 240-246. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2017.11.004>

Bugarín, R., Fernández, J. A., & Triñanes, Y. (2021). Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. [https://doi.org/10.46995/gpc\\_612](https://doi.org/10.46995/gpc_612)

Bush, S. H., Grassau, P. A., Yarmo, M. N., Zhang, T., Zinkie, S. J., & Pereira, J. L. (2014). The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): A pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. *BMC Palliative Care*, 13(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-17>

Calvo Darriba, M., Salazar Lopetegi, E., & Garcia Bianchi, B. (2019). Cuidados paliativos en Cruz Roja Donostia. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 19(S1), 1-2. <https://doi.org/10.5334/ijic.s3364>

Cáncer. (s. f.). Recuperado 13 de mayo de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Cantorna Gómez, C., Puga Martínez, A., Mayán Santos, J. M., Gandoy Crego, M. (2012). Nivel de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. *Gerokomos*, 23(2). <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000200003>

Cervilla, A. B. F. (s. f.). En los cuidados de enfermería a. 7. *Comunicacion2.pdf*. (s. f.). Recuperado 4 de mayo de 2022, de <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n2/comunicacion2.pdf>

Comité de Expertos de la OMS. (1990). Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. <https://www.who.int/es/home?id=w2ubme118cjc76mv>

Díaz Gómez, L., Mediano Rambla, M. D., Brozeta Benítez, T., Muñoz Lucero, T., & Oliveira Fuster, G. (2021). Analysis of nutritional interventions in the care process of oncological patients in Andalusia—The NOA project. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.03444>

Fernández Cervilla, A. B. y Salvador Ríos, T. (2010). Formación y aplicación de las terapias complementarias y cuidados de enfermería al paciente oncológico. *Nursing*, 28(7), 52-58. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(10\)70436-2](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(10)70436-2)

Fernández, M. L. (2020). 3. Sedación paliativa en el paciente en situación terminal. 19.

Fortín Magaña, M. A., Portillo Santamaría, K., Gómez Casanovas, J., & López Saca, M. (2019). Enseñanza de los cuidados paliativos en las escuelas de medicina de El Salvador. *Educación Médica*, 20, 143-147. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.09.010>

García Gómez, G. (2021). Muerte digna y cuidados paliativos en el contexto de la ley de eutanasia: Una perspectiva enfermera. *Metas de Enfermería*, 24(4), 39-40.

García Luna, P. P., Calañas Continente, A., Villarrubia Pozo, A., Jiménez Lorente, C. P., Vicente Baz, D., Castanedo, O. I., Salvador Bofill, J., Rabat Restrepo, J. M.,

González Caballero, J. (2021a). Una enfermería del trabajo con perspectiva holística. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(2), 175-184. <https://doi.org/10.12961/aprl.2021.24.02.08>

Gutiérrez Sánchez, D., López Leiva, I. y Cuesta Vargas, A. I. (2020). Calidad de la muerte percibida por los cuidadores de pacientes en cuidados paliativos. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 60(19), 463-482. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412211>

<https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1046/2019>

Khosravi Shahi, P., Castillo Rueda, A. del, & Pérez Manga, G. (2007). Manejo del dolor oncológico. *Anales de Medicina Interna*, 24(11), 554-557.

Lima Rodríguez, S., Asensio Pérez, M. De los Reyes., Palomo Lara, J. C., Ramírez López, E. B. y Lima Serrano, M. Razones para decidir morir en el hospital o en el domicilio. *Visión de los/las profesionales. Gaceta Sanitaria*, 32(4), 362-368. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.005>

Lima-Rodríguez, J. S., Asensio-Pérez, M. de los R., Palomo-Lara, J. C., Ramírez-López, E. B., & Lima-Serrano, M. (2018). Razones para decidir morir en el hospital o en el domicilio. *Visión de los/las profesionales. Gaceta Sanitaria*, 32, 362-368. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.005>

Matoses Chirivella, C. (2015). Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. *FARMACIA HOSPITALARIA*, 2, 71-79. <https://doi.org/10.7399/fh.2015.39.2.7544>

Ministerio de Sanidad. (2021). Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. <https://portal.guiasalud.es/gpc/atencion-paliativa-ultimos-dias/>

Nogueira y Sakata—2012—Sedación Paliativa del Paciente Terminal.pdf. (s. f.). Recuperado 28 de marzo de 2022, de <https://www.scielo.br/j/rba/a/6HWXszMptj6ZrVz7nHXWYTz/?format=pdf&lang=es>

Nogueira, F. L., & Sakata, R. K. (2012). Sedación Paliativa del Paciente Terminal. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(4), 7.

Organización Mundial de la Salud. 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Pinedo Velázquez, M. T., & Jiménez Jiménez, J. C. (2017). Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 48. <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.48.13>

Rasheed, A., Amirah, M., Abdallah, M., P J, P., Issa, M., & Alharthy, A. (2019). Ramsay Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale: A Cross-sectional Study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38, 90-95. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000346>

Rodríguez Álvaro, M., García Hernández, A. M., Brito Brito P. R., Aguirre Jaime, A. y Fernández Gutiérrez, D. A. (2018). Intervenciones y criterios de resultado planificados por las enfermeras comunitarias en la atención al duelo en Canarias. *Enfermería Clínica*, 28(4), 240-246. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.11.005>

Romero, J., Gálvez, R., & Ruiz, S. (2008). ¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS? 15, 4.

Ruiz-Fernández, M. D., Ortega-Galán, A. M., Cabrera-Troya, J., Ibáñez-Masero, O., Carmona-Rega, M. I., Relinque-Medina, F., & García-Cisneros, R. (2017). Personas enfermas al final de la vida: Vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.004>

Sánchez Gutiérrez, M. E., Sanz Rubiales, A., Simó Martínez, R. M. y Florez Pérez, L. A. (2019). Estrategias regionales de cuidados paliativos en España: estudio descriptivo. *Medicina Paliativa*, 26(2), 104-112.

Sancho Espina, I., Calvo Espinós, C., Arasanz Esteban, H., Lacalle Emboroujo, A. y Ruiz de Gaona Lana, E. (2018). Valor de una herramienta de cribado de una sola pregunta en el despistaje de delirium por parte de enfermería en pacientes con cáncer en un servicio de oncología. *Medicina Paliativa*, 24(5), 214-221. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.03.005>

SECPAL. (s. f.). Recuperado 11 de mayo de 2022, de [https://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos-1](https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1)

Serrano, S. V., & Alonso, S. R. L. (s. f.). Validación del cuestionario “palliative care difficulties scale (PCDS)” en población española, sobre dificultades de profesionales sanitarios en cuidados paliativos. *Rev Esp Salud Pública.*, 10.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 1992. [https://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos-1](https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1)

Valoración de necesidades formativas de nivel básico en cuidados paliativos en enfermeras de atención primaria en España | Lector mejorado de Elsevier. (s. f.). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102344>

Vega Ayasta, M. T., Díaz Manchay, R. J., Cervera Vallejos, M. F., Rodríguez Cruz, L. D., Muñoz, S., & Guerrero Quiroz, S. E. (2020). Amabilidad, Confort Y Espiritualidad En Los Cuidados Paliativos Oncológicos: Aporte Para La Humanización En Salud. *Cultura de los Cuidados*, 24(58), 44-55. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.05>

Velarde-García, J. F., Luengo-González, R., González-Hervías, R., González-Cervantes, S., Álvarez-Embarba, B., & Palacios-Ceña, D. (2017). Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Gaceta Sanitaria*, 31, 299-304. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.006>

WHO\_TRS\_804\_spa.pdf. (s. f.). Recuperado 20 de mayo de 2022, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41759/WHO\\_TRS\\_804\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41759/WHO_TRS_804_spa.pdf?sequence=1)

Zulueta Egea, M., Prieto-Ursúa, M., & Bermejo Toro, L. (2018). La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 52. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.18>

Zunzunegui, M. V. (2018). Los cuidados al final de la vida. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 319-320. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.007>

## 8. ANEXOS 1. Abreviaturas

FV: Final de la vida

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras

CAV: Cuidados al final de la vida

EPAC: European Association for Palliative Care

TC: Terapias complementarias

SP: Sedación paliativa

OMS: Organización Mundial de la Salud

CP: Cuidados paliativos

AP: Atención primaria

PAC: Planificación anticipada de cuidados

DVA: Documento de voluntades anticipadas

CMPM: Calidad de muerte y del proceso de morir

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

RASS: Richmond Agitation-Sedation Scale

ESHP: Equipo de soporte hospitalario de paliativos

ESAD: Equipo de soporte de atención de paliativos

VS: Vía subcutánea

IV: Vía intravenosa

### ANEXO 2. Escala de Ramsay (Fernández, 2020)

<b>Nivel 1</b>	<b>Agitado, somnoliento</b>
<b>Nivel 2</b>	<b>Tranquilo, orientado y colaborador</b>
<b>Nivel 3</b>	<b>Respuesta a estímulos verbales</b>
<b>Nivel 4</b>	<b>Respuesta rápida a la presión glabellar o estímulos dolorosos</b>
<b>Nivel 5</b>	<b>Respuesta perezosa a la presión glabellar o estímulos dolorosos</b>
<b>Nivel 6</b>	<b>No respuesta</b>

### ANEXO 3. Escala de Rass (Richmond Agitation- Sedation Scale)

-5	No se despierta	No responde a voz ni estímulos físicos
-4	Sedación profunda	Se mueve o abre los ojos a estímulos físicos, no a la voz
-3	Sedación moderada	Movimientos de apertura ocular a la voz, no dirige mirada
-2	Sedación ligera	Despierta a la voz, mantiene contacto visual menos de 10 segundos
-1	Somnolencia	No competamente alerta, se mantiene despierto más de 10 segundos
0	Despierto y tranquilo	
1	Inquieto	Ansioso, sin movimientos desordenados, agresivo, ni violento
2	Agitado	Se mueve de forma desordenada, lucha con el respirador
3	Muy agitado	Agresivo, se intenta arrancar tubos y catéteres
4	Combativo	Violento, representa un riesgo inmediato para el personal

#### ANEXO 4. Escala de PPS (Fernández, 2020)

%	Deambulación	Evidencia enfermedad (EE)	Autocuidados	Ingesta	Conciencia
100	Completa	Normal. Sin EE	Completos	Normal	Alerta
90	Completa	Actividad normal. Alguna EE	Completos	Normal	Alerta
80	Completa	Actividad normal con esfuerzo. Alguna EE	Completos	Normal o reducida	Alerta
70	Reducida	Incapaz de realizar actividad normal. Alguna EE	Completos	Normal o reducida	Alerta
60	Reducida	Incapaz de	Necesaria	Normal o	Alerta o

		realizar actividad normal. EE manifestada	ayuda en ocasiones	reducida	confusión
50	Principalmente sentado o estirado	Incapaz de realizar ninguna actividad EE extensa	Necesita ayuda considerable	Normal o reducida	Alerta o confusión
40	Principalmente encamado	Igual	Parcialmente asistido	Normal o reducida	Alerta o somnolencia o confusión
30	Totalmente encamado	Igual	Completamente asistido	Reducida	Igual
20	Totalmente encamado	Igual	Completamente asistido	Pequeños sorbos	Igual
10	Totalmente encamado	Igual	Completamente asistido	Cuidados de boca	Somnolencia o confusión
0	Fallecido	-	-	-	-

**ANEXO 5. Escala de medicación (Nogueira & Sakata, 2012)**

