

# **CUIDADOS PALIATIVOS Y ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. UNA REVISIÓN PANORÁMICA.**

Palliative care and nursing in the patient with  
chronic obstructive pulmonary disease.  
A panoramic review.

**Autor:** Daniel Hernández Medina

**Tutor:** Jorge Antonio Martín Martín

## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Junio de 2023

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN:	1
1.1. PATOLOGÍAS CRÓNICAS CON MAYOR INCIDENCIA:	3
1.2. EPOC:	4
1.3. CUIDADOS PALIATIVOS:	9
1.4. CUIDADOS PALIATIVOS CON EL PACIENTE EPOC	12
2. JUSTIFICACIÓN:	15
3. METODOLOGÍA:	16
3.1. TIPO DE ESTUDIO:	16
3.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:	16
3.3. SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS:	17
4. RESULTADOS:	20
4.1. EXPOSICIÓN DE RESULTADOS:	20
4.2. SÍNTESIS DE RESULTADOS:	26
4.3. LIMITACIONES:	27
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:	28
6. BIBLIOGRAFÍA:	31

## **SIGLAS Y ACRÓNIMOS:**

- **AECPAL:** Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos.
- **CP:** Cuidados paliativos.
- **DeCs:** Descriptores en Ciencias de la Salud.
- **ECA:** Ensayos clínicos aleatorizados.
- **EPOC:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- **EU:** Unión Europea.
- **FEV1:** Volumen espiratorio forzado en el primer segundo.
- **FVC:** Capacidad vital forzada.
- **GesEPOC:** Guía Española de la EPOC.
- **JBI:** Instituto Joanna Briggs.
- **MA:** Metaanálisis.
- **MeSH:** Medical Subject Heading Section.
- **NHPCO:** National Hospice and Palliative Care Organization.
- **NIC:** Nursing Interventions Classification.
- **NOC:** Nursing Outcomes Classification.
- **OMS:** Organización mundial de la salud.
- **PAE:** Plan de cuidados estandarizado de enfermería.
- **PRISMA-ScR:** Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.
- **RS:** Revisiones sistemáticas.

## **RESUMEN:**

El envejecimiento poblacional está en aumento a nivel mundial paralelamente a las afecciones crónicas, por lo que la población no está envejeciendo de una forma saludable. El EPOC supone uno de los principales problemas de salud actualmente, pero con el paso de los años, se hará más patente. Al no tener cura y su tratamiento basarse en cuidados para paliar los síntomas que dificultan la vida del paciente, se hace indispensable para enfermería realizar una revisión panorámica de los cuidados paliativos al paciente con EPOC.

La síntesis de la evidencia muestra que en la actualidad no se están incorporando cuidados paliativos a los pacientes EPOC con la frecuencia y calidad que necesitan en comparación con otras patologías igual de incapacitantes. Es necesario seguir investigando y construyendo modelos asistenciales que favorezcan la inclusión de estos cuidados a los pacientes afectados por el EPOC.

**Palabras clave:** Enfermedad obstructiva crónica, cuidados paliativos y enfermería.

## **ABSTRACT:**

Population aging is increasing worldwide, and chronic conditions are paralleling it, so the population is not aging in a healthy way. COPD is currently one of the main health problems, but over the years will become more apparent. Since there is no cure and its treatment is based on care to alleviate the symptoms that make the patient's life difficult, it is essential for nursing to carry out a panoramic review of palliative care for patients with COPD.

The synthesis of the evidence show that palliative care is not currently being incorporated to COPD patients with the frequency and quality they need compared to other equally disabling pathologies. It is necessary to continue researching and building care models that favor the inclusion of this care for patients affected by COPD.

**Keywords:** Chronic obstructive disease, palliative care, and nursing.

# 1. INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento poblacional es una realidad y esta se agrava con los años. Ya en 2020 el número de personas de 60 años o más superó al de niños menores de 5 años. Si seguimos con esta tendencia en el año 2030 una de cada seis personas superará los 60 años. Se estima, como se puede ver en la figura 1, que en el año 2050 el 80% de las personas mayores (más de 60 años) vivirá en países de ingresos bajos o medianos, suponiendo un 22 % del total de la población, lo que equivale a 2100 millones de personas.

(1)

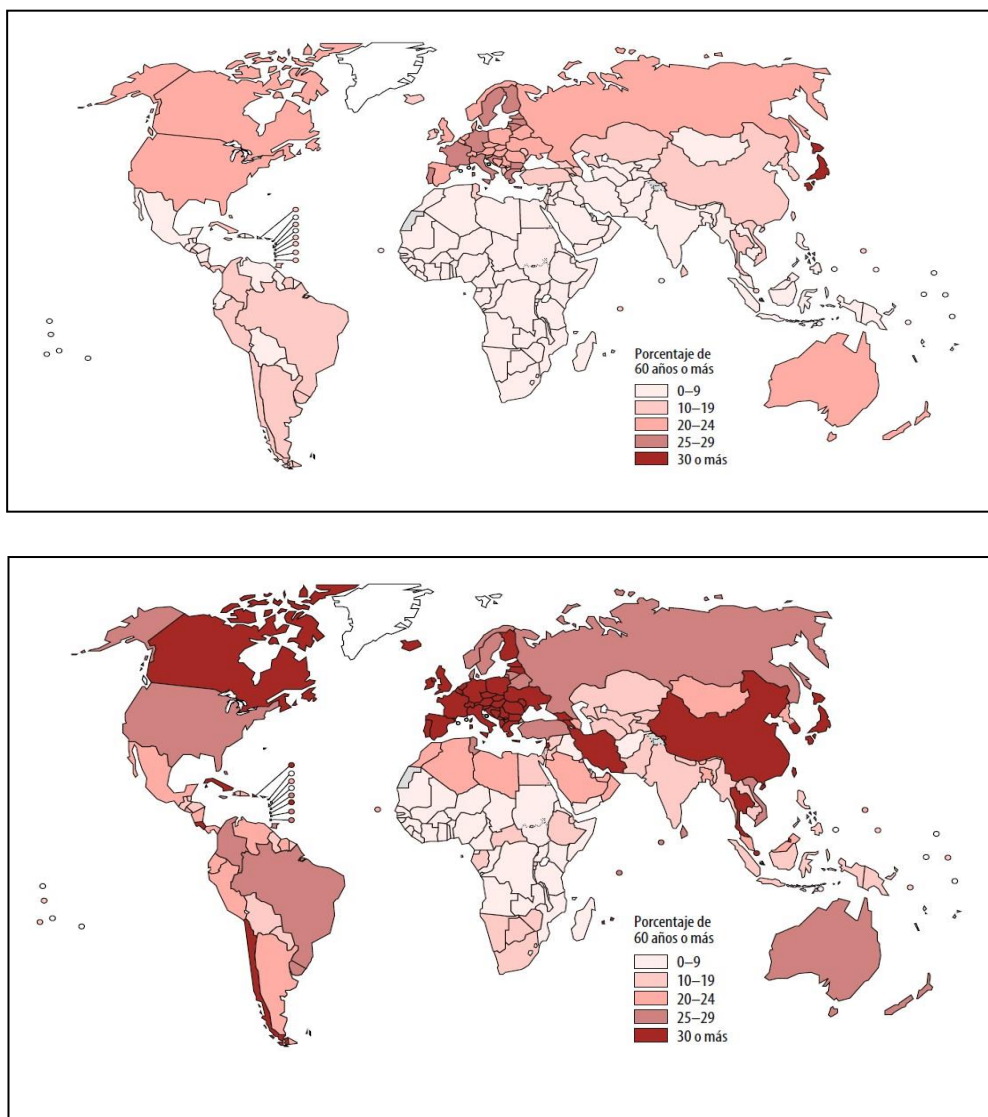


Figura 1: Mapamundis poblacional de más de 60 años para los años 2015 y 2050. Fuente: OMS <sup>(1)</sup>

Hay dos factores determinantes en este envejecimiento poblacional, el primero es el gran aumento de la esperanza de vida y el segundo la baja tasa de fecundidad.<sup>(2)</sup> La disminución de los jóvenes menores de 20 años es patente en la Unión Europea (EU), reduciéndose considerablemente en las dos últimas décadas. En comparación en el año

2020 el 15% de la población tenía menos de 14 años en contrapartida con el año 2001 que contaba con un 17%. En el caso de las personas de 15 a 19 años, su porcentaje era del 5% de la población de la UE en 2020, frente al 6% de 2001, esta incidencia descendente se sigue manteniendo en la actualidad. <sup>(3)</sup>

Esta esperanza de vida se ha visto acompañada por un mayor índice de supervivencia en las personas de edad avanzada (al igual que en edades menores), pero no se debe olvidar que este índice se ha visto potenciado fundamentalmente gracias a los avances sanitarios y tecnológicos. <sup>(4)</sup>

Que la esperanza de vida este aumentada no quiere decir que el envejecimiento poblacional se esté produciendo de forma saludable y heterogénea en todos los lugares del mundo; ni que las personas mayores tengan mejor salud que en generaciones anteriores. Está buena salud no se encuentra distribuida equitativamente. Que el envejecimiento sea saludable es clave para el fortalecimiento de la sociedad en contraposición de un envejecimiento con mala salud, pues las implicaciones son negativas en muchos ámbitos y no solo en el sanitario, sino afectando al económico y social. Al haber una desigualdad económica en la sociedad, los recursos y oportunidades de carácter social de las que dispondrán las personas a lo largo de su vida influyen de manera significativa en su capacidad de tomar decisiones en términos de salud.

Se puede concluir, que el tipo de envejecimiento ya sea saludable o frágil, va ligado a la desigualdad social y económica de cada individuo. Todas aquellas desventajas ya sean en salud, educación y empleo, se retroalimentan mutuamente acumulándose a lo largo de la vida. Esto es un problema social importante pues las personas adultas con mala salud trabajan menos, ganan menos y se jubilan antes, por lo que supone un costo añadido para las arcas públicas de cualquier país. <sup>(5)</sup> Todo esto hace necesario políticas y estrategias para abordar las consecuencias sociales y económicas del envejecimiento poblacional. La implementación de políticas efectivas requerirá un enfoque integral que involucre a los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad en su conjunto.

## 1.1. PATOLOGÍAS CRÓNICAS CON MAYOR INCIDENCIA:

Paralelamente a este envejecimiento poblacional, va en aumento la incidencia de patologías de carácter crónico. Las principales causas de muerte a nivel mundial en el año 2019 y representando un 55% del total de fallecimientos fueron: las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica / EPOC), y las afecciones neonatales. A nivel mundial 7 de cada 10 defunciones fueron producidas por patologías no transmisibles, siendo el EPOC responsable del 6% del total de muertes. <sup>(6)</sup>

Estas patologías no afectan de forma homogénea a la población, por lo que es necesario dividirla por nivel de ingresos para hacer una estimación de los grupos más afectados por según qué patología. Clasificando las economías a nivel mundial en cuatro grupos basándonos en su volumen de ingresos según la clasificación del Banco Mundial, puede hacerse de la siguiente manera: Ingresos bajos, medianos bajos, medianos altos e ingresos altos. <sup>(7)</sup>

Atendiendo a esta clasificación la incidencia de las distintas patologías crónicas no se reparten de forma similar, siendo más frecuente en economías débiles las afecciones transmisibles, como las infecciones de las vías respiratorias bajas. Las muertes por EPOC en países de ingresos bajos son infrecuentes, pero se encuentran entre las cinco primeras causas de fallecimiento en el resto de los grupos por ingresos, suponiendo la tercera causa de muerte en las economías de ingresos medianos altos, como muestra la figura 2 y la quinta en las economías de ingresos altos. <sup>(8)</sup>

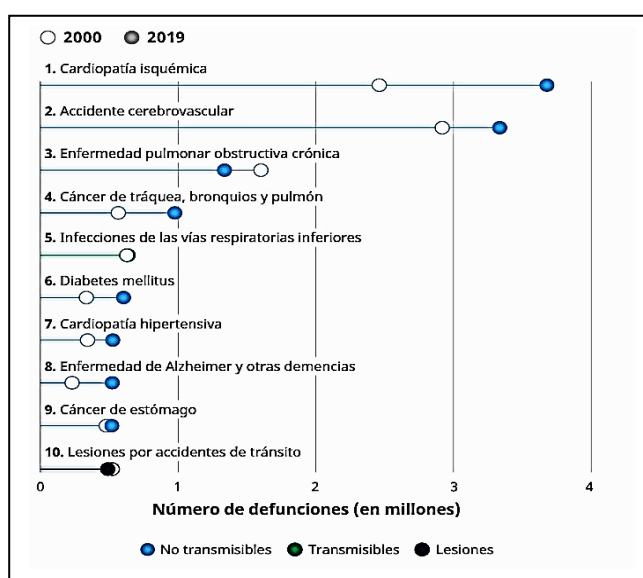


Figura 2: Incidencia de patologías según ingresos medianos altos, comparativa años 2000 - 2019. Fuente: OMS <sup>(8)</sup>



## 1.2. EPOC:

El EPOC, es un proceso de alta prevalencia, elevada mortalidad y muy incapacitante, lo que genera un gran impacto sanitario y socioeconómico. Esta patología se caracteriza por síntomas respiratorios persistentes, sumado a una limitación del flujo aéreo debido a una alteración de las vías aéreas y del parénquima pulmonar. Normalmente está causado por la inhalación de partículas o gases nocivos, fundamentalmente el humo del tabaco. <sup>(9)</sup>

Este grupo de enfermedades pulmonares que dificultan la respiración, empeoran con el paso del tiempo, siendo de carácter irreversible. Las consecuencias de padecer esta patología son a grandes rasgos las de tener unas vías respiratorias y alvéolos pulmonares menos elásticos, la destrucción paulatina de alveolos, la inflamación y engrosamiento de las paredes de las vías aéreas y una mayor producción de mucosidad llegando a poder obstruir parcial o completamente las vías aéreas. Dentro del EPOC se pueden distinguir dos patologías principales: el enfisema y la bronquitis crónica. El enfisema afecta a los alvéolos pulmonares, así como a las paredes entre ellos, dando como resultados daños irreparables y una menor elasticidad. <sup>(10)</sup>

Por otro lado, en la bronquitis crónica, el revestimiento de las vías respiratorias se irrita e inflama constantemente, produciendo inflamación y exceso de mucosidad.

La bronquitis crónica se define como la presencia de tos productiva o expectoración durante más de 3 meses al año y durante más de 2 años consecutivos. Lo normal en la mayoría de los casos es padecer estas dos patologías, pero no siempre es así, va a depender del estado en el que se encuentre la patología y las características individuales de cada persona. <sup>(11)</sup>

Hay varios procesos que pueden desembocar en que las vías respiratorias se estrechen provocando una EPOC. Se pueden destruir partes de los pulmones, crear una obstrucción producida por las secreciones o por la inflamación del epitelio de las vías respiratorias. La EPOC irá evolucionando más o menos rápido según los factores de riesgo a los que se exponga el paciente, los más comunes son los siguientes:

- Exposición al tabaco, ya sea por fumar o por exposición pasiva al humo.
- Exposición a polvos, humos o sustancias químicas.
- Contaminación del aire en interiores. (en países de ingreso mediano y bajo se utilizan biocombustibles o carbón vegetal para la cocina y la calefacción).

- Eventos en la vida fetal y los primeros años de vida, como el retraso del crecimiento intrauterino, la prematuridad y las infecciones respiratorias frecuentes o graves en la infancia, impidiendo que los pulmones se desarrollen por completo.
- Asma en la infancia.
- Déficit de alfa-1 antitripsina, una enfermedad congénita rara que puede provocar EPOC a una edad temprana. <sup>(12)</sup>

El EPOC es la tercera causa de muerte en el mundo, ocasionando en 2019 unos 3,23 millones de muertes. El 90% de estas defunciones fueron personas menores de 70 años, y se produjeron en países de ingresos medios - bajos. El consumo de tabaco representa más del 70% de los casos de EPOC a nivel mundial en países de ingresos altos, por contrapartida en los países de ingresos bajos el tabaco representa en 30 – 40% y la contaminación ambiental y de lugares cerrados, como empresas o fábricas supone el mayor factor de riesgo.

El diagnóstico de un paciente con EPOC se basa en tres pilares fundamentales como son: los factores de riesgo (tabaquismo, combustión de biomasa y contaminación medioambiental), síntomas crónicos (disnea, tos o expectoración) y la realización de una espirometría (después de la inhalación de broncodilatadores). La realización de esta espirometría permite confirmar el diagnóstico de gravedad del EPOC, como se muestra en la tabla 1. Para verificar el grado o el tipo de obstrucción atendemos a la siguiente fórmula: volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) / capacidad vital forzada (FVC) <0,7. <sup>(13)</sup>

**Tabla 1:** Clasificación de la gravedad del EPOC según espirometría.

GRADO DE GRAVEDAD	FEV1
Grado I, obstrucción leve.	(FEV, ≥80%)
Grado II, obstrucción moderada	(FEV, ≥50% y <80%)
Grado III, obstrucción grave	(FEV, ≥30% y <50%)
Grado IV, obstrucción muy grave	FEV, <30%)

Fuente: GesEPOC <sup>(13)</sup>

El pronóstico del paciente EPOC estará marcado por el número de agudizaciones, orientando a nivel global cómo se ha de manejar cada caso en concreto, pues estas reagudizaciones se asocian a un mal control de los síntomas y a un empeoramiento del estado de salud del paciente. Todo esto, indica que la enfermedad está progresando negativamente, haciendo necesario un mayor número de hospitalizaciones, lo que también desemboca en el aumento de la tasa de mortalidad de este tipo de pacientes.

Las tres causas más frecuentes de las reagudizaciones del paciente EPOC son: Infecciones de origen vírico (50-75%), infecciones de origen bacteriano (30%) y la polución ambiental (15%). Los patógenos más comunes en las reagudizaciones víricas son los rinovirus, influenza, parainfluenza, coronavirus y adenovirus; mientras que en la de origen bacteriano son las *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Moraxella catarrhalis*; suponiendo un problema mayor en pacientes con reagudizaciones frecuentes por el excesivo uso de antibióticos, por lo cual se crean resistencias a este tipo de medicamentos. <sup>(14)</sup>

Los síntomas más comunes en la EPOC son sensación de cansancio, tos crónica (pudiendo haber esputo o no) y dificultad para respirar. Estos síntomas pueden agravarse rápidamente, conociéndose como exacerbaciones o reagudizaciones, normalmente requieren la visita a los servicios de urgencias. El paciente EPOC tiene por su patología de base, el riesgo añadido de padecer otro tipo de enfermedades muy relacionadas a su proceso, destacando entre ellas: infecciones pulmonares, como gripe o neumonía, cáncer de pulmón, enfermedades del corazón como insuficiencia cardíaca, debilidad en los músculos, osteoporosis y depresión o ansiedad. Los síntomas suelen aparecer a partir de mediana edad, muchas veces pasando desapercibidos por el paciente, pues tiende a culpar al hábito de fumar. Lo más normal es comenzar con la sensación de una mayor dificultad para realizar las actividades cotidianas habituales, siendo la falta de aire el principal indicador.

La enfermedad tendrá también consecuencias económicas considerables pues producirá limitaciones tanto en la productividad laboral, como en el hogar y un incremento en gastos médicos y tratamientos. <sup>(15)</sup>

El tratamiento del EPOC al ser una patología incurable se basa en mejorar la calidad de vida de los pacientes, paliando los síntomas más incapacitantes para el día a día. Por lo tanto, lo primero que ha de hacer el paciente es evitar todos aquellos contaminantes e irritantes de las vías aéreas, como es el humo del tabaco y la contaminación atmosférica. Se recomienda la administración de vacunas para todas

aquellas patologías que puedan afectar a las vías aéreas y pulmones como gripe, covid, etc. Aparte de la prevención hay otro tipo de medicamentos que mejoran la calidad de vida del paciente. El principal tratamiento son los medicamentos de administración por vía inhalatoria pues ayudan a dilatar las vías respiratorias y reducen su inflamación. Dentro de estos medicamentos destacan los broncodilatadores que relajan las vías respiratorias para mantenerlas abiertas. Hay dos tipos de broncodilatadores: los de acción rápida que comienzan a actuar en segundos prolongando su efecto hasta las 4 o 6 horas, siendo de preferencia en las reagudizaciones y por otro lado, los broncodilatadores de acción prolongada, cuyo efecto no es inmediato, pero sí más duradero en el tiempo. Lo habitual es que el paciente los tome diariamente combinándolos. <sup>(16)</sup>

Los broncodilatadores dilatan las vías respiratorias, llegándose a utilizar a diario para prevenir o reducir los síntomas. Son clave en el alivio de las exacerbaciones agudas pudiéndose complementar con corticosteroides orales para reducir la inflamación de los pulmones. Otros de los tratamientos más comunes en el paciente EPOC son antibióticos para paliar las reagudizaciones, el oxígeno en EPOC grave, la rehabilitación pulmonar, pues enseña técnicas para mejorar la respiración y la capacidad de hacer ejercicio. Por último, en casos puntuales de EPOC grave, la cirugía puede mejorar los síntomas. <sup>(17)</sup>

La Guía Española del EPOC (GesEPOC), en su documento que versa sobre el tratamiento del EPOC estable, lo clasifica en cuatro fenotipos para así hacer una diferenciación no solo etiológica, sino del tratamiento de esta patología. Tiene que quedar claro que hablamos de una enfermedad muy heterogénea, y por ello no es posible categorizarla utilizando solo el volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1). Los fenotipos se utilizan como referencia para referirnos a las formas clínicas de estos pacientes. <sup>(18)</sup>

Se entiende, entonces, por fenotipo a “aquellos atributos de la enfermedad que solos o combinados describen las diferencias entre individuos con EPOC en relación con parámetros que tienen significado clínico (síntomas, agudizaciones, respuesta al tratamiento, velocidad de progresión de la enfermedad o muerte)”. <sup>(19)</sup> Los fenotipos son capaces de determinar la terapia más adecuada para lograr mejores resultados.

Los cuatro fenotipos que van a determinar el tipo de tratamiento, así como la evolución del paciente son: el fenotipo no agudizador (con enfisema o bronquitis crónica), el mixto EPOC-asma, el agudizador (con enfisema) y por último el agudizador (con bronquitis crónica). Cada uno con unas características muy concretas como se muestra en la tabla 2.

**Tabla 2:** Fenotipos de EPOC.

<b>NOMBRE DEL FENOTIPO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
Fenotipo agudizador.	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 o más agudizaciones moderadas o graves al año.</li><li>• Estas agudizaciones han de estar separadas al menos 4 semanas desde la resolución de la exacerbación previa.</li></ul>
Fenotipo mixto EPOC-asma.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obstrucción no completamente reversible al flujo aéreo acompañada de síntomas o signos de una reversibilidad aumentada de la obstrucción.</li></ul>
Fenotipo enfisema.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacientes con EPOC con diagnóstico clínico / radiológico / funcional de enfisema que presentan disnea e intolerancia al ejercicio como síntomas predominantes.</li></ul>
Fenotipo bronquitis crónica.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Paciente con EPOC en el cual la bronquitis crónica es el síndrome predominante.</li></ul>

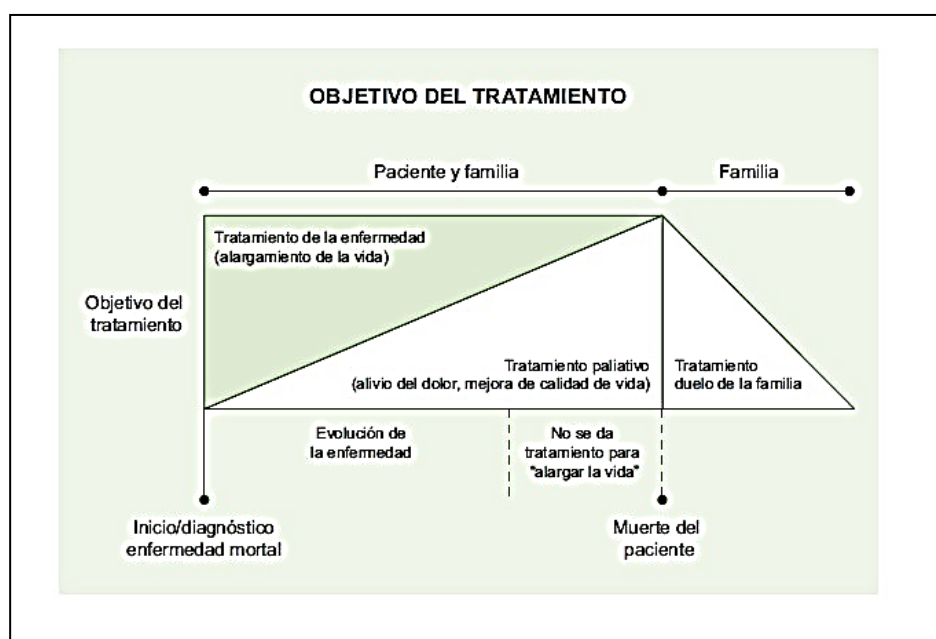
**Fuente:** GesEPOC <sup>(19)</sup>

Para concluir, el EPOC es un importante problema de salud pública y la mayor causa de morbilidad crónica en el mundo. Infinidad de personas que padecen esta afección mueren prematuramente a raíz de sus complicaciones. Esto se debe a que aun siendo una patología muy común está infradiagnosticada, pero no solo en estadios tempranos, sino también en los casos en que la función pulmonar está severamente afectada. <sup>(20)</sup>

### 1.3. CUIDADOS PALIATIVOS:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define los cuidados paliativos (CP) como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”. Hoy más de 40 millones de personas son susceptibles de recibir CP en el mundo, esto se debe al gran envejecimiento poblacional y al aumento de las enfermedades no transmisibles. <sup>(21)</sup>

Los CP pretenden dar una respuesta adaptada a las necesidades del paciente en situación avanzada de enfermedad, a su familia o personas cuidadoras, como se muestra en la figura 3, siempre desde un enfoque científico, profesional y humano; basándose en la atención integral, incluyendo pacientes con enfermedad oncológica, no oncológica y a cualquier edad. Todo esto tiene el fin de favorecer que los usuarios de PC puedan vivir con dignidad la última etapa de la vida. Esto se consigue evitando un sufrimiento insoportable y conservando la capacidad para transmitir afecto en los últimos momentos, a la vez que el paciente tiene la capacidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su propia vida. Siempre se ha de respetar las convicciones y valores que han guiado a cada persona, así como favorecer que la familia tenga el apoyo psicoemocional necesario, y una atención adecuada a su situación. <sup>(22)</sup>



**Figura 3.** Objetivo del tratamiento en función del tiempo de evolución de una enfermedad mortal. Fuente: Martínez-Selles y cols. (Adaptado de Gibbs y cols.). <sup>(22)</sup>

La filosofía de los CP se basa en cuatro pilares fundamentales: control de síntomas; apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico; cambios en la organización y un equipo interdisciplinario. Estos pilares tienen como objetivo: dar una atención integral, teniendo en cuenta tanto los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de cada paciente y siempre desde un punto de vista individualizado y continuo. El enfermo y la familia son la unidad a tratar, el núcleo fundamental de apoyo al enfermo. Se debe proporcionar autonomía y dignidad al paciente, siempre adaptándola al momento del proceso por el que el paciente está pasando, potenciar la concepción de terapéutica activa (cuando no se puede curar, hay que cuidar), y dar la importancia que merece al ambiente donde se encuentre el paciente, así como a la comunicación, pues influyen de manera muy positiva en el control de síntomas. <sup>(23)</sup>

Los CP están destinados a pacientes que se encuentren en situaciones como: enfermedad incurable, avanzada y progresiva, pronóstico de vida limitado, escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos, evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades, intenso impacto emocional y familiar, repercusiones sobre la estructura cuidadora y alta demanda y uso de recursos. Normalmente cuando se piensa en CP, viene a la mente el paciente oncológico, pero hay patologías que, en estadios avanzados, como pueden verse en la tabla 3, son susceptibles de recibir este tipo de cuidados. Estas patologías según los criterios de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) <sup>(24)</sup> son las siguientes:

**Tabla 3:** Patologías no oncológicas susceptibles de recibir cuidados paliativos.

<b>PATOLOGÍAS NO ONCOLÓGICAS SUSCEPTIBLES DE RECIBIR CUIDADOS PALIATIVOS</b>	
<b>PATOLOGÍA</b>	<b>CRITERIOS PARA RECIBIR CUIDADOS PALIATIVOS</b>
Insuficiencia cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disnea grado IV de la NYHA.</li> <li>• Fracción de eyección del 20 %.</li> <li>• Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva a pesar del tratamiento con diuréticos, vasodilatadores e IECAs.</li> <li>• Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares.</li> </ul>
EPOC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad pulmonar crónica severa documentada por disnea de reposo con respuesta escasa o nula a broncodilatadores.</li> <li>• Progresión de la enfermedad evidenciada por incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias.</li> <li>• Hipoxemia, pO<sub>2</sub> 55 mm Hg en reposo y respirando aire SatO<sub>2</sub> 88 % con O<sub>2</sub> suplementario o hipercapnia, pCO<sub>2</sub> 50 mm Hg.</li> <li>• Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.</li> <li>• VEMS &lt;30 % después de broncodilatación.</li> <li>• Taquicardia de &gt;100 ppm en reposo.</li> </ul>
Insuficiencia renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadio 5 NKF (National Kidney Foundation)</li> <li>• Diuresis &lt;400 cc/día.</li> <li>• Hiperkaliemia &gt;7 y que no responde al tratamiento.</li> <li>• Pericarditis urémica.</li> <li>• Síndrome hepatorenal.</li> <li>• Sobrecarga de fluidos intratable.</li> </ul>
Insuficiencia hepática	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basada en Child-Pugh: Insuficiencia hepática grado C.</li> <li>• Encefalopatía Grado III-IV.</li> <li>• Ascitis masiva.</li> <li>• Bilirrubina &gt;3 mg/dl.</li> <li>• Albúmina &lt;2.8 g/dl.</li> <li>• T. de protrombina &lt;30 %.</li> </ul>
Demencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad &gt;70 años.</li> <li>• FAST (Functional Assessment Staging) &gt;7c.</li> <li>• Deterioro cognitivo grave (MMSE: Mini-Mental State Examination &lt;14). Anexo 8.</li> <li>• Dependencia absoluta.</li> <li>• Presencia de complicaciones.</li> <li>• Disfagia.</li> <li>• Desnutrición.</li> <li>• Úlceras por presión refractarias grado III- IV.</li> </ul>
Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completa inmovilidad.</li> <li>• Enfermedad muy avanzada.</li> <li>• Disfagia en la evolución de un síndrome parkinsoniano limita la supervivencia del paciente a unos 15–24 meses.</li> </ul>
ELA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sufrimiento intenso.</li> <li>• Problemas psicológicos o sociales importantes.</li> <li>• Síntomas rápidamente progresivos.</li> <li>• Dificultades para la planificación anticipada de decisiones.</li> <li>• Necesidad de soporte de ventilación mecánica invasiva o no invasiva.</li> <li>• Necesidad de soporte de nutrición enteral por sonda nasogástrica o PEG.</li> </ul>

**Fuente:** Horiz. Med. vol.20 no.3 Lima jul-sep 2020 <sup>(25)</sup>



En España, la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), es la organización científica enfermera de referencia en este ámbito. La planificación y prestación de estos cuidados, siempre basados en las necesidades del paciente y los familiares no se pueden gestionar sin un exquisito rigor, por lo que la implementación de una metodología científica que garantice la calidad y la continuidad de los cuidados son clave. Esta metodología basa sus cimientos en los diagnósticos desarrollados por la NANDA, la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería N.I.C. (Nursing Interventions Classification), y los de la Clasificación de Resultados de Enfermería N.O.C. (Nursing Outcomes Classification).

La estandarización de los cuidados, siempre dentro de la individualización del paciente, facilita en enorme medida la práctica, la formación y la investigación, por parte de todas las enfermeras. <sup>(26)</sup>

#### **1.4. CUIDADOS PALIATIVOS CON EL PACIENTE EPOC:**

El EPOC en su fase terminal provoca mucho sufrimiento, tanto al paciente como a los familiares. El infradiagnóstico e infratratamiento marcan en el paciente periodos prolongados de disnea incapacitante, reducción de tolerancia al ejercicio, ingresos hospitalarios recurrentes y muerte prematura. Esto puede llegar a producir en el paciente aislamiento social y problemas psicológicos, así como presión sobre la familia y los cuidadores. La clave para sobrellevar estas situaciones tan desagradables son los CP con los que puede adecuarse un óptimo control de síntomas, adecuando el esfuerzo terapéutico a la evolución de la patología. Nunca hay que reservar los CP para la fase agónica, pues debemos de procurar cuidados durante todo el proceso de la enfermedad. <sup>(27)</sup>

Cuando hablamos de CP en el EPOC nos referimos a ese tipo de cuidados que pretenden prevenir o tratar los síntomas de la enfermedad, los problemas psicológicos, sociales, espirituales y los efectos secundarios del tratamiento. Así mismo también brindan cuidados a los familiares y cuidadores a raíz de las posibles complicaciones que traen consigo las enfermedades graves y potencialmente mortales. El objetivo de estos cuidados, en consecuencia, no es prolongar la esperanza de vida del paciente, ni curar su aflicción. El objetivo es mejorar su calidad de vida. <sup>(28)</sup>

Hoy en día no hay una línea roja que indique cuando un paciente con EPOC ha de recibir CP. Se suele atender a tres indicadores, como son la función pulmonar, la limitación física y el grado de disnea. Teniendo en cuenta estos tres marcadores, se establecerá una

estrategia de CP. Llegados a este punto, muy probablemente el paciente en cuestión esté siendo tratado con tres o más fármacos y de forma no farmacológica con programas de rehabilitación respiratoria para mantener los síntomas persistentes en estado de letargia.

(29)

Entre los síntomas asociados al EPOC avanzado, destaca la disnea, pues está presente en el 97% de los pacientes, la fatiga y el dolor son los siguientes síntomas más incidentes, con un 68% y 43% respectivamente. La depresión se puede diagnosticar en el 50 – 90% de los afectados, siendo mucho más prevalente que la ansiedad pues solo la padecen el 25% de los enfermos. Muchos de estos síntomas coexisten pudiendo llegar a pasar desapercibidos si no se hace una buena entrevista al paciente. (30)

Cuando el paciente con EPOC llega a la fase terminal de su enfermedad las unidades de CP han de erigirse como el pilar clave del bienestar del paciente. Para poder brindar unos cuidados personalizados y adaptados a cada persona, es recomendable la confección de un plan de cuidados de enfermería (PAE) con el cual el enfermero identificará los problemas de salud más apremiantes basados en los diagnósticos de enfermería, siendo los más usados en este tipo de pacientes los siguientes: (31, 32)

- 00015 - Riesgo de estreñimiento.
- 00030 - Deterioro del intercambio de gases.
- 00061 - Cansancio del rol del cuidador(a).
- 00093 - Fatiga
- 00108 - Déficit de autocuidado: baño.
- 00109 - Déficit de autocuidado: vestido.
- 00119 - Baja autoestima crónica.

Por último, dada la incertidumbre de la EPOC, los CP deberán incorporarse de manera escalonada paralelamente a la evolución de la enfermedad. Su planificación sigue siendo escasa pues solo se suelen incorporar este tipo de cuidados cuando el pronóstico de vida es corto. La formación de todos los profesionales sanitarios, que intervienen en la atención a los mismos, es clave en este sentido pues han de manejar diferentes aspectos de los cuidados desde tratamientos farmacológicos con opioides y ansiolíticos, pasando por oxigenoterapia de alto flujo y ventilación no invasiva en los casos más severos de disnea. (33)

Resulta de gran utilidad la ya nombrada Guía Española de la EPOC (GesEPOC): comorbilidades, automanejo y cuidados paliativos, actualizada en el año 2021, en la que se

recoge entre otros datos de interés las recomendaciones del manejo de la EPOC en pacientes con algunas comorbilidades, como se muestra en la tabla 4. <sup>(34)</sup>

**Tabla 4:** Patologías no oncológicas susceptibles de recibir cuidados paliativos.

<b>Resumen de las recomendaciones del manejo de la EPOC en pacientes con algunas comorbilidades</b>			
	<b>Importancia en la clínica de la EPOC</b>	<b>Importancia en el diagnóstico de la EPOC</b>	<b>Importancia en el tratamiento de la EPOC</b>
<b>Cardiovasculares</b>	Aumento y mal control de los síntomas <sup>^</sup> .	Estudiar restricción espirométrica.	Evitar SABA y SAMA a altas dosis. Usar bloqueantes $\beta$ cardioselectivos.
<b>Enfermedad periodontal</b>	Estudiar su existencia en agudizadores persistentes.		
<b>Reflujo gastro-esofágico</b>	Estudiar su existencia en agudizadores persistentes.	Aumento de la hiperrespuesta bronquial.	
<b>Osteoporosis</b>	Peor función pulmonar. Mayor impacto de EPOC. Peor calidad de vida.		Evaluar bien la indicación de corticoides inhalados.
<b>Disfunción muscular</b>	Limitación capacidad de ejercicio y mayor impacto.	Realizar prueba de esfuerzo, Dinamómetro.	Programas de rehabilitación pulmonar
<b>Asma</b>	Aumenta los síntomas respiratorios. Aumenta el riesgo de agudizaciones.	Valorar el grado de broncoreversibilidad. Valorar la hiperrespuesta bronquial. Valorar el papel del FeNO.	Tratar como asma.
<b>Apnea obstructiva del sueño</b>	Empeoramiento de la calidad de vida.	Disminución de la FVC si está asociada a la obesidad.	Tratamiento del SAHS.
<b>Bronquiectasias</b>	Aumento de los síntomas. Aumento de las agudizaciones.	Confirmar con TAC Disminución FVC asociada Cultivos esputo	Tratamiento de la infección bronquial crónica.
<b>Hipertensión pulmonar</b>	Empeoramiento del pronóstico.	Alteración de la capacidad de transferencia del CO	
<b>Cáncer de pulmón</b>	Hemoptisis Síndrome constitucional	Lesiones sugestivas en las pruebas de imagen / TAC.	
<b>Alteraciones de la caja torácica</b>	Aumento de los síntomas. Insuficiencia respiratoria.	Componente restrictivo Insuficiencia respiratoria en la gasometría.	Rehabilitación pulmonar.
<b>Fibrosis pulmonar</b>	Aumento de los síntomas. Peor pronóstico.	Componente restrictivo asociado. Insuficiencia respiratoria más precoz.	Posible papel futuro de los antifibróticos.
<b>Deterioro cognitivo</b>	Impacto en la calidad de vida.		Selección de un inhalador Adecuado.
<b>Ansiedad, depresión</b>	Mayor percepción de la disnea. Relación con la calidad de vida.		Tratar adecuadamente los trastornos psiquiátricos.
<b>Obesidad</b>	Aumento de los síntomas.	Componente restrictivo Asociación con la insuficiencia respiratoria global crónica.	Iniciar ICS si hiperrespuesta bronquial.
<b>Sarcopenia</b>	Mayor impacto en la presentación clínica. Relación con la calidad de vida.		Rehabilitación pulmonar.

Fuente: GesEPOC. <sup>(34)</sup>

## 2. JUSTIFICACIÓN:

Como se ha explicado a lo largo del presente documento, la población está envejeciendo a pasos agigantados. Paralelamente las enfermedades crónicas van en aumento, haciendo indispensable añadir otros tipos de cuidados al enfoque tradicional.

Las recomendaciones actuales apuntan a que los pacientes respiratorios puedan recibir precozmente CP cuando la evolución de sus patologías así lo recomienden. La detección temprana de estas necesidades sumada a un manejo multidimensional mejorará los síntomas procurando una mejor calidad de vida. El 26 de octubre de 2021 la Dra. Eva Tabernero Huguet, del Hospital de Cruces de Barakaldo <sup>(35)</sup>, publicó su estudio sobre las necesidades de cuidados paliativos en el paciente respiratorio, llegando a la conclusión de que uno de cada cuatro de estos pacientes requería CP, siendo los pacientes con EPOC los que más precisaron este tipo de cuidados. En el estudio también se apunta a que los índices de mortalidad de los pacientes con EPOC avanzada están en torno al 60% y que como predictores de esta mortalidad la disnea a mínimos esfuerzos, la oxigenoterapia domiciliaria, la insuficiencia cardíaca o más de dos ingresos en el año previo son determinantes.

Los procesos respiratorios crónicos de evolución progresiva e incurable, que cursan con insuficiencia respiratoria y una importante sintomatología y déficit funcional, ocasionan una alta dependencia y visitas frecuentes a los servicios sanitarios. De todas estas patologías el EPOC es la más importante, tanto por incidencia como por complicaciones, gastos y comorbilidades. <sup>(36)</sup>

Es labor de las enfermeras cuidar y, dada la polivalencia y el gran contenido multidisciplinario con el cual estas profesionales desarrollan sus funciones, estos cuidados se han de basar en datos objetivos que las preparen y las formen para poder desarrollar de una forma óptima sus funciones.

El objetivo de este trabajo es el de recopilar y sintetizar de una manera pormenorizada la bibliografía disponible con mayor evidencia científica sobre las necesidades de CP en el paciente EPOC, así como identificar las implicaciones que tienen estos cuidados tanto para los pacientes como sus familiares desde el punto de vista de la enfermería.

### **3. METODOLOGÍA:**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO:**

Se ha realizado una revisión de tipo panorámico o “Scoping Review”. Estas revisiones de alcance son una “evaluación preliminar del tamaño potencial y el alcance de la literatura de investigación disponible. Teniendo como objetivo identificar la naturaleza y el alcance de la evidencia de la investigación (generalmente, incluida la investigación en curso)”. Requieren menos fuentes de datos y no requiere evaluar estudios individuales por riesgo de sesgo. <sup>(35)</sup>

Esta revisión panorámica sirve para conocer el estado actual sobre los CP en pacientes EPOC. No se responderá a preguntas de investigación según la estrategia PICO o se confirman o rechazan hipótesis. <sup>(36)</sup>.

Para poder llevar a cabo la investigación nos basamos en la metodología del Instituto Joanna Briggs (JBI) <sup>(37)</sup> y luego se usó la lista de verificación PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews, en inglés) <sup>(38)</sup>. Gracias al PRISMA-ScR, se pudo orientar la investigación para así aportar una mejor redacción basándonos en la relevancia, la credibilidad y la contribución de la evidencia encontrada.

#### **3.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:**

Para la obtención de la bibliografía se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: SciELO, Índice Bibliográfico Español en el campo de la Salud-IBECS, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud-LILACS (a través de la Biblioteca Virtual de la Salud-BVS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature-CINAHL, Biblioteca Cochrane la plataforma OvidSP, Medline (a través del portal Pubmed) y la Base de datos científica sobre cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano CUIDEN.

En la realización de la búsqueda se requirieron términos estandarizados para dotar a los algoritmos de una mayor precisión. Por un lado, se utilizaron el Medical Subject Heading Section (MeSH), para términos en inglés y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para los términos en español y portugués. También se añadieron sinónimos y otros términos de búsqueda similares que estuvieran recogidos en las bases de datos de descriptores, tal como muestra la tabla 5.

**Tabla 5:** Descriptores de búsqueda en español, inglés y portugués.

ESPAÑOL	INGLÉS	PORTUGUÉS
Cuidados paliativos Atención Paliativa	Palliative Care	Assistência Paliativa
Enfermedad Pulmonar Crónica Obstrucciona EPOC	Airflow Obstruction, Chronic COAD COPD	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas DPOC
Enfermería	Nursing Nursing care	Enfermagem

Fuente: Elaboración propia.

Para construir las ecuaciones finales de búsqueda se usaron los ya mencionados descriptores y sus sinónimos, así como los operadores booleanos “AND” y “OR”. Esta estrategia de búsqueda se adaptó sutilmente a cada base de datos seleccionada.

Las búsquedas en las diferentes bases de datos se hicieron entre los días 10 de abril y 17 de abril de 2023, con los siguientes límites para poder ampliar la búsqueda:

- Publicaciones en los últimos 5 años (2018-2023).
- En inglés, español o portugués.
- Temática afín a los términos de la búsqueda (enfermería, EPOC, Cuidados paliativos, etc.).

### **3.3. SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS:**

Aplicando las ecuaciones de búsquedas que pueden verse en la tabla 6, se identificaron 843 por medio de las bases de datos ya expuestas. Tras la primera lectura preliminar se descartaron 144 registros duplicados, haciendo un total de 699 artículos identificados en este primer momento.

**Tabla 6:** Ecuaciones de búsqueda en las diferentes bases de datos con resultados obtenidos y fecha de búsqueda.

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	FECHA DE BÚSQUEDA
PubMed / Medline	((Palliative Care) AND (coad OR COPD OR Airflow Obstruction, Chronic) AND (Nursing OR Nursing care))	123 resultados	10/04/23
Scielo	((EPOC OR COAD OR COPD ) AND (enfermería OR Nursing ) AND (Cuidados paliativos OR Palliative Care ))	3 Resultados	10/04/23
CINAHL	((Palliative Care) AND (coad OR COPD OR Airflow Obstruction, Chronic) AND (Nursing OR Nursing care))	137 resultados	11/04/23
Cochrane	((Palliative Care) AND (coad OR COPD OR Airflow Obstruction, Chronic) AND (Nursing OR Nursing care))	12 ensayos	13/04/23
Ovid	((Palliative Care) AND (coad OR COPD OR Airflow Obstruction, Chronic) AND (Nursing OR Nursing care))	563 resultados	15/04/23
LILACS	((Palliative Care) AND (coad OR COPD OR Airflow Obstruction, Chronic) AND (Nursing OR Nursing care))	3 resultados	16/04/23
IBECS	COAD or Airflow Obstruction, Chronic or COPD [Palabras] and Palliative Care [Palabras] and Nursing or Nursing care [Palabras]	1 resultados	17/04/23
CUIDEN	(("cuidados")AND(("paliativos")AND(("y")AND(("epoc")AND(("y") AND("enfermeria"))	1 resultados	17/04/23

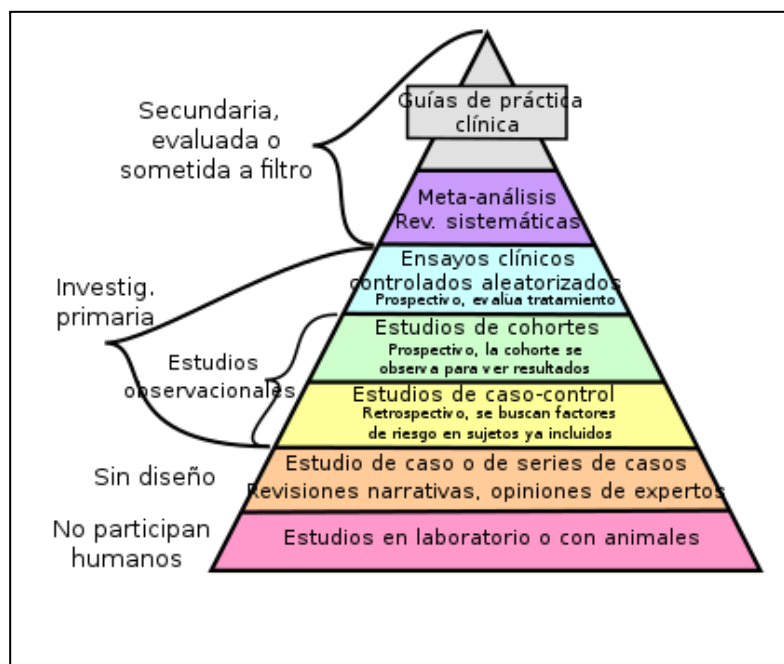
Fuente: Elaboración propia.

Con los primeros 699 artículos se realizó una lectura de los títulos, descartando aquellos que no cumplían con los criterios de temática afín a la revisión y que habían pasado de manera incorrecta la selección. También se eliminaron todos aquellos considerados como literatura gris, dando como resultado un total de 422 artículos no coincidentes. Pasaron a la fase de lectura de resumen 278.

En esta fase se procedió a una lectura más pormenorizada de los resúmenes – abstract de estos 278 artículos, descartando un total de 202 artículos por lo que quedaron 75 registros disponibles. En esta criba se tuvieron en cuenta como modelos de exclusión los siguientes motivos:

- Artículos tipo reporte de un caso.
- Cartas a revistas.
- Estudios de laboratorio con animales.
- Posters de congresos.
- Artículos que se centraban en otras patologías crónicas que no fueran EPOC.
- Artículos que solo se centraban en cáncer de pulmón.
- Artículos que no incluían cuidados paliativos.
- Artículos que no tenían en cuenta cuidados paliativos tempranos y sólo al final de la vida.

Ya con 75 artículos y debido a su aún gran volumen, se decidió priorizar los artículos por grado de evidencia, como muestra la figura 4. Por lo que se comenzó una nueva criba en base al tipo de documento recogiendo para la lectura final solo revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados.



**Figura 4.** Pirámide de evidencia. Fuente: Universidad Pontificia Javeriana <sup>(39)</sup>



Habiendo priorizado los artículos por su evidencia, se descartaron 55, quedándonos un total de 20 para la lectura completa de estos. Al realizar esta lectura se volvieron a descartar otros 7 artículos por estos motivos:

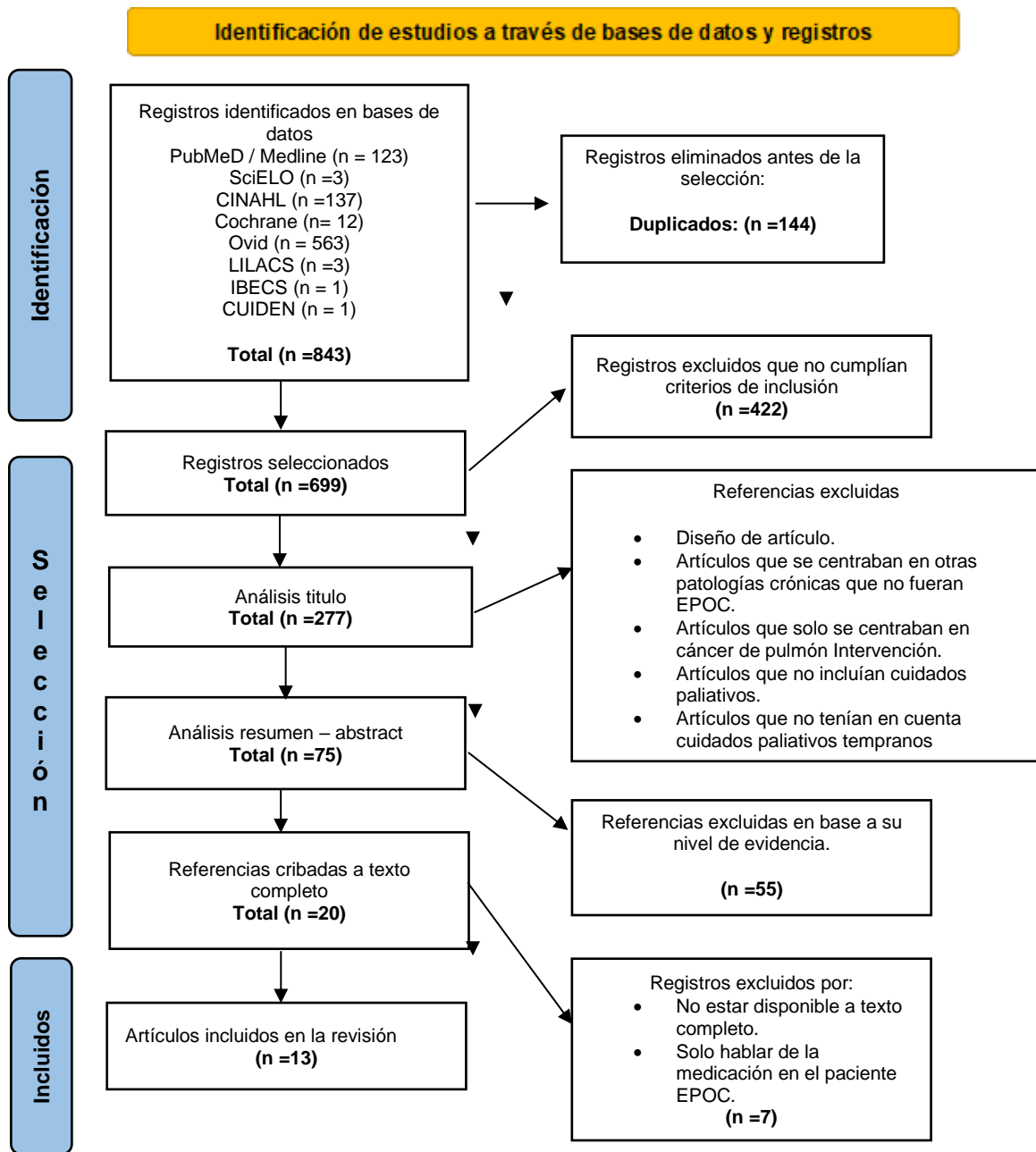
- No estar disponible a texto completo.
- Solo hablar de la medicación en el paciente EPOC.

Se concluye esta selección de artículos habiendo seleccionado 13, con el mayor grado de evidencia posible, para su análisis.

## **4. RESULTADOS:**

### **4.1. EXPOSICIÓN DE RESULTADOS:**

A continuación, se muestra la exposición de resultados, incluyendo todo el proceso de cribado de artículos de una manera gráfica a través del flujograma de la figura 5. La síntesis de los artículos analizados se muestra en la tabla 7. En esta tabla se incluye la referencia del artículo, el tipo de estudio, el objetivo del estudio, el método empleado en aquellos estudios de tipo ensayo clínico, los resultados principales y por último las conclusiones.



**Figura 5.** Flujograma de identificación, selección e inclusión de estudios. Fuente: Elaboración propia según Metodología Prisma<sup>(40)</sup>

**Tabla 7:** Ecuaciones de búsqueda en las diferentes bases de datos con resultados obtenidos y fecha de búsqueda

Estudio	Tipo de estudio	Objetivos	Método empleado	Población y características	Resultados principales	Conclusiones
Gabriella Marx 2022 (41)	Estudio controlado aleatorizado.	Desarrollar y probar una intervención, incluida una visita domiciliaria por parte de una enfermera utilizando la guía KOPAL.	Estudio KOPAL, ensayo aleatorio por grupos, multicéntrico.	191 participantes.	El estudio KOPAL contribuyó a fortalecer la colaboración interprofesional en CP.	Necesidad de potenciar los CP en pacientes no oncológicos a nivel europeo, en especial los CP especializados y de carácter anticipado en todas aquellas afecciones crónicas, destacando entre ellas el EPOC.
Escandón 2022 (42)	Revisión sistemática.	Reconocer los grupos de síntomas físicos, psicológicos y sociales de los pacientes con EPOC, para poder discernir si se plantea un abordaje desde la atención paliativa.	N/A	N/A (41 ensayos analizados)	Los síntomas físicos más significativos fueron la disnea, tos, fatiga y expectoración. Como grupo de síntomas psicológicos destacaron depresión y la ansiedad. En general todos los pacientes EPOC desarrollaron en mayor o menor medida un impacto en la calidad de vida y la percepción de aislamiento o exclusión social.	Los grupos de síntomas más incidentes en el paciente EPOC son las duplas disnea-tos, fatiga y expectoración, por ello son los primeros que se deben valorar para incluir a los pacientes con la máxima premura en CP. No se deben olvidar los síntomas psicológicos, pues la depresión y la ansiedad deben de ser considerados de igual manera para una inclusión anticipada en CP.
Bolton 2022 (43)	Revisión sistemática.	Proporcionar una síntesis de la evidencia existente sobre el sufrimiento existencial de quienes viven con necesidades de cuidados paliativos derivados de la EPOC.	N/A	N/A (35 ensayos analizados)	La evidencia sugiere que el sufrimiento existencial impacta significativamente en la vida diaria de quienes viven con EPOC, necesitando más investigación en este campo.	El sufrimiento existencial está presente y tiene un impacto significativo en la vida diaria de quienes viven con necesidades de cuidados paliativos derivadas de la EPOC. La ausencia de sentido de la vida tiene el impacto más significativo. Se requiere más investigación comprender los componentes esenciales de una intervención para abordar el sufrimiento existencial de este grupo de pacientes, para garantizar una prestación de cuidados paliativos.
Janssen 2021 (44)	Revisión sistemática.	Describir las características de las intervenciones de cuidados paliativos para pacientes con EPOC y sus cuidadores informales y revisar la evidencia disponible sobre la eficacia y los resultados de la implementación.	N/A	N/A (31 ensayos analizados)	Los resultados sobre la efectividad fueron mixtos y no concluyentes. El nivel de factibilidad variaba y dependía del contexto. La aceptabilidad de las intervenciones fue alta; tener a alguien a quien llamar para recibir apoyo y educación sobre la disnea eran las características más valoradas.	Aún hay poca evidencia de alta calidad disponible sobre la efectividad y la implementación de las intervenciones de cuidados paliativos para pacientes con EPOC. Existe la necesidad de estudios de eficacia bien realizados y evaluaciones de proceso adecuadas que utilicen metodologías para crear evidencia de alto nivel e informar la implementación exitosa.

Estudio	Tipo de estudio	Objetivos	Método empleado	Población y características	Resultados principales	Conclusiones
Xin-Xia 2020 (45)	Estudio controlado aleatorizado.	Explorar el efecto del cuidado continuo de enfermería basado en la Información, Conocimiento, Actitud y Práctica (IKAP)	Cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ) para medir la calidad de vida.	70 pacientes (35 por grupo)	Tres meses después de la intervención hubo diferencias significativas en la puntuación total del SGRQ.	El cuidado continuo de enfermería basado en la teoría de la Información, el Conocimiento, la Actitud y la Práctica mejoró la calidad de las puntuaciones a los 3 meses de la intervención en pacientes con EPOC. Dadas las limitaciones del estudio, se necesitan futuros estudios a gran escala para validar los resultados.
Quinn 2020 (46)	Revisión sistemática + Metaanálisis.	Medir la asociación entre los cuidados paliativos y el uso de cuidados de salud agudos, calidad de vida (QOL) y carga de síntomas en adultos con enfermedades crónicas no cancerosas.	N/A	N/A (28 ensayos analizados)	Los pacientes en CP en comparación con la atención habitual, se asoció de manera estadísticamente significativa con menos atención de emergencia, menos hospitalización y una carga de síntomas moderadamente menores.	En esta revisión sistemática y metaanálisis de estudios aleatorizados ensayos clínicos de pacientes con enfermedades principalmente no cancerosas, cuidados paliativos, en comparación con los habituales atención médica, se asoció de manera estadísticamente significativa con un uso menos agudo de atención médica y modestamente menor carga de síntomas, pero no hubo diferencias significativas en la calidad de vida.
Luckett 2020 (47)	Revisión sistemática + Metaanálisis.	Sintetizar la investigación que compara la carga de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de pulmón para estimar la necesidad relativa de Cuidados Paliativos Especializados.	N/A	N/A (13 ensayos analizados)	La mayoría de los aspectos son tan importantes en el EPOC como en el cáncer de pulmón y la dificultad para respirar y las deficiencias en el funcionamiento para las acciones de la vida diaria significativamente peores en el EPOC. Se necesita hacer un esfuerzo para mejorar el acceso de los pacientes EPOC a CP.	Se deben hacer esfuerzos para asegurar que el acceso a CP especializados sea proporcional a los pacientes EPOC. La investigación futura debe aclarar si el manejo de la carga en pacientes EPOC y el cáncer de pulmón requieren enfoques diferentes.

Estudio	Tipo de estudio	Objetivos	Método empleado	Población y características	Resultados principales	Conclusiones
J Butler 2020 (48)	Revisión sistemática.	Comparar los servicios de cuidados paliativos, los medicamentos, las intervenciones de soporte vital, el lugar de la muerte, los síntomas la carga y la calidad de vida entre las poblaciones con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer de pulmón.	N/A	N/A (19 ensayos analizados)	Muy pocos pacientes con EPOC recibieron cuidados paliativos formales, ya sea como pacientes hospitalizados, en el hogar o en cuidados paliativos.	Las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica reciben menos medidas paliativas al final de la vida en comparación con las personas con cáncer de pulmón, a pesar de un perfil de síntomas relativamente similar.
Meehan 2019 (49)	Revisión sistemática.	Revisar y resumir la literatura disponible sobre las prácticas actuales en torno a la ACP en la EPOC.	N/A	N/A (28 ensayos analizados)	La planificación anticipada en cuidados se debe incorporar en el manejo rutinario de la EPOC.	Se confirman el acuerdo entre los profesionales sanitarios y los pacientes con EPOC y sus cuidadores que ACP debe incorporarse en el manejo de rutina de la EPOC. El uso de los puntos de transición puede ayudar a los profesionales de la salud a superar la barrera de la incertidumbre del pronóstico e identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de ACP.
Jean-Paul Janssens 2019 (50)	Estudio controlado aleatorizado.	Determinar la factibilidad de un intervención de cuidados paliativos domiciliarios durante 1 año versus habitual atención, y el posible impacto de esta intervención en la emergencia, admisiones en hospitales y UCI, supervivencia, estado de ánimo y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	Estudio SUPPORT, estudio prospectivo controlado de pacientes con EPOC grave.	48 participantes.	Después de 1 año, no hubo diferencia entre grupos en síntomas, CVRS y estado de ánimo, y hubo una diferencia no significativa tendencia a mayores tasas de ingreso al hospital y salas de emergencia en el grupo de intervención.	Aunque este estudio piloto no tuvo el poder suficiente para excluir formalmente un beneficio de los cuidados paliativos en la EPOC grave, plantea varias preguntas en cuanto a la selección de pacientes, renuencia a los cuidados paliativos en este grupo y modalidades de ensayos futuros.

Estudio	Tipo de estudio	Objetivos	Método empleado	Población y características	Resultados principales	Conclusiones
Clare 2019 (51)	Revisión sistemática.	Proporcionar una visión general crítica de la base de evidencia actual en relación con la prestación de servicios paliativos para personas con enfermedades respiratorias no malignas y sus cuidadores.	N/A	N/A (71 ensayos analizados)	Se requiere más investigación para proporcionar una visión más profunda de los cuidados paliativos a las personas diagnosticadas con EPOC.	La mayor parte de la investigación paliativa se centra en pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica (EPOC). Se requiere una visión más profunda de la prestación de servicios paliativos experimentada por aquellos con otras formas de enfermedades respiratorias no malignas como bronquiectasias y enfermedad pulmonar intersticial.
Lea J Jabbarian 2018 (52)	Revisión sistemática.	Identificar los cuidados de planificación anticipada en pacientes con enfermedades crónicas.	N/A	N/A (21 ensayos analizados)	El curso complejo del EPOC y la vacilación tanto de pacientes como de los Servicios de CP hace difícil la integración en cuidados anticipados.	La ACP es sorprendentemente poco frecuente en las enfermedades respiratorias crónicas, posiblemente debido al complejo curso de las enfermedades respiratorias crónicas y la ambivalencia tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios para participar en la ACP. Proporcionar a los pacientes información sobre su enfermedad puede ayudar a satisfacer sus necesidades. Además, el apoyo a los profesionales de la salud a través de la identificación de los puntos desencadenantes, la capacitación y los cambios relacionados con el sistema pueden facilitar la participación en cuidados anticipados.
Phongtankuel 2018 (53)	Revisión sistemática.	(1) describir la prestación de intervenciones de cuidados paliativos de componentes múltiples. (2) caracterizar las disciplinas que brindan atención. (3) identificar los componentes que se están implementando. (4) analizar si el número de disciplinas o componentes que se están implementando están asociados con resultados positivos.	N/A	N/A (71 ensayos analizados)	Las enfermeras (n = 64, 88 %) participaban con mayor frecuencia en la prestación de cuidados, seguido de médicos (n = 43, 67%). Los componentes de cuidados paliativos más comunes que recibieron los pacientes fueron el manejo de los síntomas (n = 56, 88 %), apoyo/asesoramiento psicológico (n = 52, 81 %) y educación sobre enfermedades (n = 48, 75 %).	Ha habido un crecimiento en las intervenciones de cuidados paliativos de componentes múltiples durante las últimas 3 décadas, aspectos importantes requieren un estudio adicional, como una mejor inclusión de grupos clave (p. ej., EPOC); incorporar componentes centrales de los cuidados paliativos (p. ej., equipo interdisciplinario, integrando a los cuidadores, brindando apoyo espiritual); y desarrollar formas de evaluar la eficacia de las intervenciones que puedan reproducirse y difundirse fácilmente.

Fuente: elaboración propia en base a la declaración PRISMA 2020: guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. (54)

## 4.2. SÍNTESIS DE RESULTADOS:

La síntesis de la de los resultados obtenidos en esta revisión de alcance por un lado afirma que los CP son beneficiosos para los pacientes con EPOC y por otro que no se están suministrando en la cantidad y calidad requeridas y mucho menos en el momento preciso.

Las intervenciones aquí analizadas se ordenaron cronológicamente como se puede ver en la tabla 7, para posteriormente clasificarlas en arreglo a su temática principal quedando la clasificación de la siguiente manera:

- CP en enfermedades respiratorias no malignas. (41, 46, 51, 52 y 53)
- Cuidados continuos en pacientes EPOC (45 y 49)
- CP en el paciente EPOC (42, 43, 44 y 50)
- Comparación CP en EPOC y cáncer de pulmón (47 y 48)

El papel de Enfermería a lo largo de esta revisión de alcance no aparece de forma significativa. Solo uno de los documentos se centra de lleno en los cuidados enfermeros a pacientes con EPOC basados en la teoría de la información, el conocimiento, la actitud y la práctica (IKAP) <sup>(45)</sup>, por lo que puede afirmarse que la Enfermería hoy en día no desempeña una posición destacada dentro de la literatura científica de los CP al paciente EPOC, aunque sea la principal profesión en proveer cuidados.

En cuanto a dónde y cuándo intervenir con CP en el paciente EPOC, la evidencia nos dice que cuanto antes mejor, pues baja el número de reagudizaciones e ingresos hospitalarios. Por otro lado, se debe intervenir donde sea necesario, en el domicilio del paciente, en centros sanitario o en residencias de mayores.

Todas las revisiones y estudios hacen evidente la necesidad de realizar más investigaciones en torno a la aplicación de los CP al paciente EPOC. Muchos de los resultados apuntan a los beneficios de los CP a este tipo de paciente, pero la heterogeneidad en las muestras y las diferencias de los sistemas de salud hacen imposible la obtención de unas conclusiones claras sobre cuando comenzar con los CP. Los autores señalan que es necesario realizar más investigaciones, con muestras más grandes y estables y con un planteamiento metodológico adecuado.

#### **4.3. LIMITACIONES:**

Esta revisión asume dos limitaciones potenciales: la primera, es que al haber dejado de lado la llamada literatura gris no se hayan podido identificar todos los estudios y análisis relevantes relacionados con el tema que se está tratando. La segunda limitación es que dado los enfoques de los estudios en los cuales se suele comprar el EPOC con el cáncer de pulmón, las poblaciones de estudio están divididas en esas dos patologías no dándole prioridad al EPOC en sí mismo lo que dificulta un abordaje totalmente específico.



## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

A lo largo de la presente revisión de alcance, ha quedado claro que los síntomas biopsicosociales del paciente EPOC suponen una reducción de la calidad de vida y por consecuencia de sus cuidadores. Dentro de estos síntomas destacan la disnea, siendo este el más incidente y el que se considera más angustiante y grave. <sup>(52)</sup> Un gran número de pacientes tratan de ocultar sus síntomas, pues temen ser juzgados por el personal sanitario, ya que se asocia la disnea con el hábito de fumar, haciendo que muchos de estos se adapten a su dificultad respiratoria y a las restricciones que esto supone para su día a día. <sup>(41)</sup>

Por otro lado, en el estudio cuantitativo realizado por Janssen en 2011, sobre 163 pacientes con EPOC grave, se obtuvieron resultados de síntomas psicológicos alarmantes, pues el 35% de los participantes tenían un alto riesgo de ansiedad, el 43% tenían un alto riesgo de depresión y que el 28% de los participantes experimentaron depresión a causa del EPOC. <sup>(51, 46)</sup> Es posible que, la implementación de CP multidisciplinares en fases tempranas de la enfermedad de EPOC podría prevenir todas estas complicaciones.

Como base para implementar los CP al paciente EPOC, la atención continua de enfermería basada en la teoría de la Información, el Conocimiento, la Actitud y la Práctica (IKAP) se muestra ventajosa, pues mejoró significativamente los síntomas de los pacientes EPOC pasados 3 meses desde su intervención. El cuidado continuo de enfermería de los pacientes con EPOC, basados en la teoría IKAP que permite obtener conocimiento sobre la etiología, los síntomas y el tratamiento de su condición de manera integral, fortalece la actitud y la confianza de los pacientes en cuanto a su capacidad para adherirse a comportamientos saludables y puede conducir al surgimiento de comportamientos propicios para el mantenimiento y control de los síntomas. <sup>(45)</sup>

La evidencia muestra que las personas con EPOC avanzada pueden permanecer estables durante largos períodos de tiempo y pasar a experimentar exacerbaciones frecuentes, no limitando la causa de muerte a una insuficiencia respiratoria o neumonía, sino que fallecen como resultado de sus comorbilidades relacionadas al EPOC, incluido el cáncer de pulmón o la insuficiencia cardíaca. Siendo la sintomatología similar, las personas con EPOC reciben menos servicios de CP, medicamentos para el control de los síntomas y más intervenciones de soporte vital que las personas con cáncer de pulmón, por lo que los pacientes con EPOC tienen

una necesidad insatisfecha de atención en CP en comparación a las poblaciones con cáncer de pulmón. <sup>(47-49)</sup>

Según el estudio "SUPPORT" la mayoría de los pacientes con EPOC prefieren un tratamiento centrado en la comodidad y que no traten de postergar su vida. Planificar los CP debería ser especialmente apropiado entre los pacientes con EPOC, pues su enfermedad y exacerbaciones de trayectoria impredecible representan una carga sustancial y prolongada en términos de atención, a menudo con un control deficiente de los síntomas y trastornos emocionales. Las enfermeras pueden crear un ambiente de apertura para que los pacientes se sienten cómodos para expresar sus preocupaciones con respecto a los problemas del final de la vida y participar de sus cuidados. <sup>(50)</sup>

Los grupos de síntomas que determinarían la necesidad de incluir al paciente diagnosticado con EPOC en los programas de atención paliativa desde las etapas tempranas de la enfermedad son en el 100% de los estudios cualitativos los siguientes: síntomas físicos, psicológicos y sociales, y todos ellos mencionan una relación con CP. Los síntomas físicos más comunes para incluir a los pacientes en CP son los siguientes: El binomio disnea – tos (tanto en reposo como en esfuerzos) representa el síntoma más significativo, seguido de la fatiga o falta de energía y por último la expectoración o presencia de flemas. Si atendemos a los síntomas de la dimensión psicológica la depresión es el más frecuente, seguida de la ansiedad. Los síntomas sociales más relevantes resultaron ser los cambios en las condiciones de vida, seguido del aislamiento y exclusión social. Hay que aclarar que el aislamiento social está íntimamente relacionado con las limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria. <sup>(42, 44)</sup>

Un punto importante a tratar es el sufrimiento existencial, pues juega un papel importante en la vida diaria de quienes viven con un EPOC avanzada y con necesidades de CP asociados. Estos pacientes y sus familiares viven con una carga de síntomas enorme, por lo que una situación existencial esperanzadora es deseable, pero a la vez muy difícil de lograr. Las enfermeras son las encargadas de brindar estos cuidados en el 89% de los casos, por lo que son el componente clave de la implementación en CP para el paciente EPOC. De estos cuidados el más común fue el del control de los síntomas, pues el 88% de los pacientes lo solicitó, seguido del apoyo/asesoramiento psicológico con un 81% y por último la educación sobre la enfermedad un 75%. <sup>(43, 53)</sup>

Para acabar, como reflexión final hay que destacar la poca participación que tiene el profesional de enfermería en la mayoría de las investigaciones sobre CP en el paciente EPOC. Sería recomendable, la implementación no solo de estudios que avalen el papel de enfermería en los CP de los pacientes con EPOC, sino la elaboración de guías de práctica clínica propias de la ciencia enfermera para poder ofrecerles los cuidados de calidad que se merecen.

## 6. BIBLIOGRAFÍA:

1. Envejecimiento y salud [Internet]. World Health Organization; [cited 2023 May 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Cardona Arango, D. and Peláez, E. (no date) Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: Oportunidades, retos y preocupaciones, Revista Salud Uninorte. Fundación Universidad del Norte. Available at: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522012000200015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000200015)
3. An ageing population (no date) Demography of Europe. Available at: <https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/bloc-1c.html?lang=es>
4. Esperanza de Vida Al Nacer, total (años) (no date) World Bank Open Data. Available at: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
5. Década de Envejecimiento saludable 2020-2030 (no date) World Health Organization. World Health Organization. Available at: [https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc\\_25](https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25)
6. La Oms Revela Las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019 (no date) World Health Organization. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
7. Nueva Clasificación de los países según El Nivel de ingresos para 2019 y 2020 (no date) Blogs del Banco Mundial. Available at: <https://blogs.worldbank.org/es/opendata/nueva-clasificacion-de-los-paises-segun-el-nivel-de-ingresos-para-2019-y-2020>
8. Las 10 Principales Causas de Defunción (no date) World Health Organization. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
9. Murillo Jiménez, J. M, Humanes A. Medicina de urgencias Y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos De Actuación. Barcelona: Elsevier; 2018.

10. EPOC | enfermedad pulmonar obstructiva crónica | medlineplus en español (no date) MedlinePlus. U.S. National Library of Medicine. Available at: <https://medlineplus.gov/spanish/copd.html>
11. Bronquitis [Internet]. National Heart Lung and Blood Institute. U.S. Department of Health and Human Services; [cited 2023Apr29]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/bronquitis>
12. Factores de Riesgo en la Epoc - ddd.uab.cat [Internet]. [cited 2023Apr29]. Available from: [https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2004m10n5/rceap\\_a2004m10n5a9.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2004m10n5/rceap_a2004m10n5a9.pdf)
13. Marín Trigo JM. Principales Parámetros de Función Pulmonar en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) [Internet]. Atención Primaria. Elsevier; 2003 [cited 2023Apr29]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-principales-parametros-funcion-pulmonar-enfermedad-13049899>
14. Grupo de Trabajo de GesEPOC, Working group of the GesEPOC. Agudización de la Epoc [Internet]. Archivos De Bronconeumologia. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Published by Elsevier España, S.L.; 2017 [cited 2023Apr29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7115811/>
15. Importancia de los síntomas en la Epoc - Scielo [Internet]. [cited 2023Apr29]. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v13n3/hablemos2.pdf>
16. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento Farmacológico de la Epoc Estable [Internet]. Atención Primaria. Elsevier; 2012 [cited 2023Apr29]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-quia-espanola-epoc-gesepoc-tratamiento-S0212656712001850>

17. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; [cited 2023Apr29]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
  
18. ([moving towards a new focus on COPD. the Spanish COPD guidelines (GESEPOC)] [Internet]. Archivos de bronconeumologia. U.S. National Library of Medicine; [cited 2023Apr29]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757283/>
  
19. Han MK;Agusti A;Calverley PM;Celli BR;Criner G;Curtis JL;Fabbri LM;Goldin JG;Jones PW;Macnee W;Make BJ;Rabe KF;Rennard SI;Sciurba FC;Silverman EK;Vestbo J;Washko GR;Wouters EF;Martinez FJ; Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes: The future of COPD [Internet]. American journal of respiratory and critical care medicine. U.S. National Library of Medicine; [cited 2023Apr29]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20522794/>
  
20. Félix Hinojosa EC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) [Internet]. Acta Médica Peruana. Colegio Médico del Perú; [cited 2023Apr29]. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s172859172009000400001&scrypt=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s172859172009000400001&scrypt=sci_arttext)
  
21. OPS/OMS: Cuidados Paliativos (2016) Pan American Health Organization / World Health Organization. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12587%3Apalliative-care&Itemid=42139&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587%3Apalliative-care&Itemid=42139&lang=es#gsc.tab=0) (Accessed: April 24, 2023).
  
22. Castillo A, Fernández R, Pérez M. Cuidados paliativos, Guía para atención primaria. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2021, Capítulo 1, Introducción a los cuidados paliativos, [citado el 24 abril de 2023]; p 11-13.

23. Twycross, R. (no date) Medicina Paliativa: Filosofía y consideraciones éticas, Acta bioethica. Universidad de Chile. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Available at: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000100003#:~:text=La%20Medicina%20Paliativa%20afirma%20!a.tambi%C3%A9n%20firmemente%20a%20la%20eutanasia](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100003#:~:text=La%20Medicina%20Paliativa%20afirma%20!a.tambi%C3%A9n%20firmemente%20a%20la%20eutanasia). (Accessed: April 24, 2023).
24. Campello Vicente, C. and Chocarro González, L. (2018) Necesidades de cuidados Paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad Crónica Avanzada: Una Revisión Sistemática, Medicina Paliativa. Elsevier. Available at: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-necesidades-cuidados-paliativos-enfermos-no-S1134248X17300538> (Accessed: April 24, 2023).
25. Amado, J. and Oscanoa, T. (no date) Definiciones, Criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, Horizonte Médico (Lima). Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana. Available at: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2020000300011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000300011)
26. AA Grupo de planes de cuidados [Internet]. SECPAL. 2022 [cited 2023May1]. Available from: <https://www.secpal.org/grupo-de-planes-de-cuidados-aecpal/>
27. Webmaster. Cuidados Paliativos a Los enfermos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Una visión fuera de la neumología [Internet]. Medicina General y de Familia. 2020 [cited 2023Apr29]. Available from: <https://mgyf.org/cuidados-paliativos-enfermos-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-vision-fuera-de-neumologia/>

28. Author links open overlay panel José Luis Lopez-Campos. Actualización de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC): Comorbilidades, Automanejo y Cuidados Paliativos [Internet]. Archivos de Bronconeumología. Elsevier Doyma; 2021 [cited 2023Apr29]. Available from: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289621002167?casa\\_token=mINNiHS8StoAAAAA%3ATHKCKXql5iWnHG9d-8lhK28UQFTxQsmdDMxAu5TQMbR94wGqPrDKGLw2Ceh6rZMqo650N82jhw](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289621002167?casa_token=mINNiHS8StoAAAAA%3ATHKCKXql5iWnHG9d-8lhK28UQFTxQsmdDMxAu5TQMbR94wGqPrDKGLw2Ceh6rZMqo650N82jhw)
29. Ahumada B S. Cuidados Paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva Crónica Terminal [Internet]. Revista chilena de enfermedades respiratorias. Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias; [cited 2023Apr29]. Available from: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482014000100004](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482014000100004)
30. Author links open overlay panel P. Almagro Comorbilidades en pacientes hospitalizados por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. análisis comparativo de los estudios ecco y esmi [Internet]. Revista Clínica Española. Elsevier Doyma; 2012 [cited 2023Apr29]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256512001282>
31. Cuidados Paliativos a los pacientes con EPOC DESDE LA ... - core [Internet]. [cited 2023Apr29]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/235853278.pdf>
32. Universidad de La Laguna - CAS – Central Authentication Service. [cited 2023Apr29]. Available from: <https://www-nnnconsult-com.accedys2.btk.ull.es/nanda>
33. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). [cited 2023Apr29]. Available from: <https://gesepocsepar.com/contenido.php?se=37&ca=292>



34. José Luis Lopez-Campos, Pere Almagro, José Tomás Gómez, Eusebi Chiner, Leopoldo Palacios, Carme Hernández, M. Dolores Navarro, Jesús Molina, David Rigau, Juan José Soler-Cataluña, Myriam Calle, Borja G. Cosío, Ciro Casanova y Marc Miravittles. Actualización de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC): comorbilidades, automanejo y cuidados paliativos. [Internet] Archivos de Bronconeumología. 58 (2022) 334–344. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289621002167>
  
35. Uno de Cada cuatro pacientes en una planta de neumología requiere cuidados paliativos: Separ [Internet]. Inicio. [cited 2023Apr29]. Available from: <https://www.separ.es/node/2233>
  
36. Cuidados Paliativos en pacientes con Patologías Respiratorias: Separ [Internet]. Inicio. [cited 2023Apr29]. Available from: <https://www.separ.es/node/1000>
  
37. Libguides: Systematic Reviews & other review types: What is a scoping review? [Internet]. What is a Scoping Review? - Systematic Reviews & Other Review Types - LibGuides at Touro College of Osteopathic Medicine – Touro College of Pharmacy. [cited 2023Apr30]. Available from: [https://touromed.libguides.com/c.php?g=927240&p=6680715#:~:text=Scoping%20reviews%20are%20a%20preliminary,Grant%20and%20Booth%20\(2009\).](https://touromed.libguides.com/c.php?g=927240&p=6680715#:~:text=Scoping%20reviews%20are%20a%20preliminary,Grant%20and%20Booth%20(2009).)
  
38. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. Annals of Internal Medicine. 2018 Oct;169(7):467–73.
  
39. Biblioguías: Guía de recursos para medicina: ¿Qué es la literatura basada en la evidencia? [Internet]. Biblioguías Javerianas - Biblioguías Javerianas - Biblioguías at Pontificia Universidad Javeriana. [cited 2023May4]. Available from: [https://javeriana.libguides.com/medicina/literatura\\_evidencia](https://javeriana.libguides.com/medicina/literatura_evidencia)
  
40. Campos. Diagrama de Flujo Prisma 2020 [Internet]. BiblioGETAFE. 2021 [cited 2023May8]. Available from: <https://bibliogetafe.com/2021/06/23/diagrama-de-flujo-prisma-2020/>

41. Marx G, Mallon T, Pohontsch NJ, Schade F, Dams J, Zimansky M, et al. Effectiveness of a specialist palliative home care nurse-patient consultation followed by an interprofessional telephone case conference compared with usual care among patients with non-oncological palliative care needs: Protocol for the Multicentre Kopal Cluster-randomised controlled trial [Internet]. BMJ open. U.S. National Library of Medicine; 2022 [cited 2023May3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9330329/>
42. Grupo de síntomas de Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica y cuidados Paliativos: Una Revisión Sistemática\* [Internet]. Revistas indexadas - Pontificia Universidad Javeriana. [cited 2023May1]. Available from: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/24%20\(2022\)/145271089006/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/24%20(2022)/145271089006/)
43. Bolton LE; Seymour J; Gardiner. Existential suffering in the day to day lives of those living with palliative care needs arising from chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A systematic integrative literature review. [Internet]. Palliative medicine [Palliat Med] 2022 Apr; Vol. 36 (4), pp. 567-580. Date of Electronic. [cited 2023May1]. Available from: <https://journals-sagepub-com.accedys2.bbt.ull.es/doi/pdf/10.1177/02692163221074539>
44. Broese JM; de Heij AH; Janssen DJ; Skora JA; Kerstjens HA; Chavannes NH; Engels Y; van der Kleij RM. . Effectiveness and implementation of palliative care interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. [Internet]. Palliative medicine [Palliat Med] 2021 Mar; Vol. 35 (3), pp. 486-502. Date of Electronic Publication: 2020 Dec 18. [cited 2023May1]. Available from: <https://journals-sagepub-com.accedys2.bbt.ull.es/doi/pdf/10.1177/0269216320981294>
45. Guo, Xue MB a; Men, Fengmin MB b; Han, Xingfen MB c; Wang, Zhenying MB d. The efficacy of continuous nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial protocol. [Internet]. Medicine. 100(2):e23974, January 15, 2021. [cited 2023May1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7808547/>

46. Quinn, Kieran L. MD; MSc 1,2,3,4; Shurrab, Mohammed MD; MSc 2,3,5,6; Gitau, Kevin MD 1; Kavalieratos, Dio PhD 7; Isenberg, Sarina R. PhD 8,9; Stall, Nathan M. MD 3,10,11; Stukel, Therese A. PhD 2,3; Goldman, Russell MD 8,9; Horn, Daphne MI 4; Cram, Peter MD; MBA 1,2,3,4; Detsky, Allan S. MD; PhD 1,3,4; Bell, Chaim M. MD; PhD 1,2,3,4. 5. Association of Receipt of Palliative Care Interventions With Health Care Use, Quality of Life, and Symptom Burden Among Adults With Chronic Noncancer Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. [Internet]. JAMA. 324(14):1439-1450, October 13, 2020. [cited 2023May1]. Available from: [https://ovidsp.dc1.ovid.com/ovid-a/ovidweb.cgi?&S=NGEEFPMAGDACAILELKPLJLEPMIDPBAA00&Complete+Reference=S.sh.26%7c419%7c1&Counter5=SS\\_view\\_found\\_complete%7c00005407-202010130-00021%7covft%7covftdb%7covftw&Counter5Data=00005407-202010130-00021%7covft%7covftdb%7covftw](https://ovidsp.dc1.ovid.com/ovid-a/ovidweb.cgi?&S=NGEEFPMAGDACAILELKPLJLEPMIDPBAA00&Complete+Reference=S.sh.26%7c419%7c1&Counter5=SS_view_found_complete%7c00005407-202010130-00021%7covft%7covftdb%7covftw&Counter5Data=00005407-202010130-00021%7covft%7covftdb%7covftw)
47. Lockett, Tim 1,; San Martin, Aljon 2; Currow, David C 1,3; Johnson, Miriam J 1,3; Barnes-Harris, Matilda MM 3; Phillips, Jane L 1. 8. A systematic review and meta-analysis of studies comparing burden from lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease. [Internet]. Palliative Medicine. 34(10):1291-1304, December 2020. [cited 2023May1]. Available from: [https://ovidsp.dc1.ovid.com/ovid-a/ovidweb.cgi?&S=NGEEFPMAGDACAILELKPLJLEPMIDPBAA00&Complete+Reference=S.sh.26%7c451%7c1&Counter5=SS\\_view\\_found\\_complete%7c00019505-202012000-00002%7covft%7covftdb%7covftw&Counter5Data=00019505-202012000-00002%7covft%7covftdb%7covftw](https://ovidsp.dc1.ovid.com/ovid-a/ovidweb.cgi?&S=NGEEFPMAGDACAILELKPLJLEPMIDPBAA00&Complete+Reference=S.sh.26%7c451%7c1&Counter5=SS_view_found_complete%7c00019505-202012000-00002%7covft%7covftdb%7covftw&Counter5Data=00019505-202012000-00002%7covft%7covftdb%7covftw)
48. Butler, Stacey J; Ellerton, Lauren; Gershon, Andrea S; Goldstein, Roger S; Brooks, Dina. Comparison of end-of-life care in people with chronic obstructive pulmonary disease or lung cancer: A systematic review. [Internet]. Palliative Medicine, Sep2020; 34(8): 1030-1043. 14p [cited 2023May1]. Available from: <https://web-s-ebSCOhost.com.accedys2.bbtK.ull.es/ehost/detail/detail?vid=10&sid=ccc6f12a-151d-4bac-bfd2-4df07fa6d6e6%40redis&bdata=JmxhbmC9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=144826218&db=ccm>

49. Meehan E; Foley T; Kelly C; Burgess Kelleher A; Sweeney C; Hally RM; Detering K; Cornally N. Advance Care Planning for Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Scoping Review of the Literature. [Internet]. Journal of pain and symptom management [J Pain Symptom Manage], ISSN: 1873-6513, 2020 Jun; Vol. 59 (6), pp. 1344-136. [cited 2023May1]. Available from: <https://web-s-ebSCOhost.com/accedys2.bbtK.ull.es/ehost/detail/detail?vid=13&sid=ccc6f12a-151d-4bac-bfd2-4df07fa6d6e6%40redis&bdata=JmxhbmC9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=31837455&db=cmedm>
50. Janssens, Jean-Paul a ,\*; Weber, Catherine b; Herrmann, Francois R. c; Cantero, Chloe d; Pessina, Aline d; Matis, Caroline e; Merlet Viollet, Roselyne f; Boiche-Brouillard, Ludivine e; Stirnemann, Jerome d; Pautex, Sophie b. 4. Can Early Introduction of Palliative Care Limit Intensive Care, Emergency and Hospital Admissions in Patients with Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease? A Pilot Randomized Study. [Internet]. Respiration. 97(5):406-415, May 2019. [cited 2023May1]. Available from: [https://ovidsp.dc1.ovid.com/ovid-a/ovidweb.cgi?&S=NGEEFPMAGDACALELKPLJLEPMIDPBAA00&Complete+Reference=S.sh.26%7c412%7c1&Counter5=SS\\_view\\_found\\_complete%7c00006976-201997050-00002%7covft%7covftdb%7covftu&Counter5Data=00006976-201997050-00002%7covft%7covftdb%7covftu](https://ovidsp.dc1.ovid.com/ovid-a/ovidweb.cgi?&S=NGEEFPMAGDACALELKPLJLEPMIDPBAA00&Complete+Reference=S.sh.26%7c412%7c1&Counter5=SS_view_found_complete%7c00006976-201997050-00002%7covft%7covftdb%7covftu&Counter5Data=00006976-201997050-00002%7covft%7covftdb%7covftu)
51. Mc Veigh C; Reid J; Larkin P; Porter S; Hudson P; Palliative care for people with non-malignant respiratory disease and their carers: A review of the current evidence [Internet]. Journal of research in nursing : JRN. U.S. National Library of Medicine; [cited 2023May1]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34394556/>

52. Jabbarian, Lea J 1; Zwakman, Marieke 2; van der Heide, Agnes 1; Kars, Marijke C 2; Janssen, Daisy J A 3,4; van Delden, Johannes J 2; Rietjens, Judith A C 1; Korfage, Ida J. Advance care planning for patients with chronic respiratory diseases: a systematic review of preferences and practices. [Internet]. Thorax. 73(3):222-230, March 2018. [cited 2023May1]. Available from: <https://thorax.bmj.com/content/73/3/222.abstract>
53. Phongtankuel, Veerawat MD 1,; Meador, Lauren MPH 1; Adelman, Ronald D. MD 1; Roberts, Jordan MD 2; Henderson, Charles R. Jr. MA 3; Mehta, Sonal S. MD 1; del Carmen, Tessa MD 1; Reid, M.C. MD, PhD 1 6. Multicomponent Palliative Care Interventions in Advanced Chronic Diseases: A Systematic Review. [Internet]. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 35(1):173-183, January 2018. [cited 2023May1]. Available from: [https://ovidsp.dc1.ovid.com/ovid-a/ovidweb.cgi?&S=NGEEFPMAGDACALELKPLJLEPMIDPBAA00&Complete+Reference=S.sh.26%7c421%7c1&Counter5=SS\\_view\\_found\\_complete%7c00002234-201801000-00026%7covft%7covftdb%7covftt&Counter5Data=00002234-201801000-00026%7covft%7covftdb%7covftt](https://ovidsp.dc1.ovid.com/ovid-a/ovidweb.cgi?&S=NGEEFPMAGDACALELKPLJLEPMIDPBAA00&Complete+Reference=S.sh.26%7c421%7c1&Counter5=SS_view_found_complete%7c00002234-201801000-00026%7covft%7covftdb%7covftt&Counter5Data=00002234-201801000-00026%7covft%7covftdb%7covftt)
54. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración Prisma 2020: Una Guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas [Internet]. Revista Española de Cardiología. Elsevier; 2021 [cited 2023May8]. Available from: <https://www.revespcardiol.org/es-declaracion-prisma-2020-una-guia-articulo-S0300893221002748>