



TecnoCampus
Escola Superior
de Ciències de la Salut

Centre adscrit a:



Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona

Atención de los profesionales de enfermería en los Cuidados Paliativos. Revisión bibliográfica

Lidia Maho Alayé

lmaho@escs.tecnocampus.cat

Aixa Jonc Navascués Urgelés

anavascues@escs.tecnocampus.cat

Directora: Dra. Susana Santos Ruíz

Trabajo de final de grado II

4to de enfermería

“Me gustaría que mi despedida fuese como un crepúsculo en el círculo polar durante el verano. Es decir, largo y hermoso. Pero soy consciente de que esto no depende de mí. La muerte de muchos compañeros nos recuerdan que la noche, haciendo caso omiso de nuestros deseos, puede caer súbitamente y nos puede sorprender, como en el trópico, sin darnos tiempo para despedirnos de las personas más queridas.” (Bayés, 2006, p.254)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
3. METODOLOGÍA	11
Diseño	11
Población y muestra	12
Criterios de inclusión	12
Criterios de exclusión	12
Variables	12
Instrumentos de medida	14
Método de análisis de datos	15
Aspectos éticos	15
Límites.....	15
Cronograma	16
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	17
6. CONCLUSIONES.....	32
7. IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL	33
8. BIBLIOGRAFÍA	34
9. ANEXOS.....	40
ANEXO 1.....	40
ANEXO 3.....	43
ANEXO 4.....	45
ANEXO 5.....	97
ANEXO 6.....	99

RESUMEN

Introducción: El aumento de la esperanza de vida y de las patologías crónicas evolutivas ha producido una mayor demanda en la atención paliativa. Los cuidados paliativos los realiza un equipo multidisciplinar, donde enfermería se encuentra constantemente con la familia y el paciente, cubriendo sus necesidades con el objetivo de contribuir en una muerte en paz.

Objetivo: Conocer cuáles son los CP más prevalentes, qué necesidades tiene el paciente en situación terminal y cómo vive la situación el equipo de enfermería. Además de conocer el año de publicación, el país de origen del autor y el tipo de patología mencionada en los artículos.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden, Cuidatge y Cinahl en un marco temporal del 1 de enero de 2007 al 31 de marzo de 2017.

Resultados: Como resultados relevantes, solo el 18% de los 61 artículos hablaban sobre patologías crónicas no oncológicas. La necesidad más prevalente en los artículos era dolor. En cuanto a CP, el apoyo emocional estaba presente en el 79,3% (n= 29 artículos). En referencia a la experiencia, los sentimientos negativos son los más prevalentes.

Conclusiones: Existen limitaciones en cuanto a los CP relacionado con el tipo de patología, el control de síntomas y los cuidados a realizar. En relación a esto, los profesionales expresan muchos sentimientos negativos remarcando la falta de tiempo, recursos y personal.

Palabras clave: cuidados paliativos, enfermería, *Hospice*, Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida, experiencia.

RESUM

Introducció: L'augment de l'esperança de vida i de les patologies cròniques evolutives ha produït una major demanda en l'atenció pal·liativa. Les cures pal·liatives les realitzen un equip multidisciplinari, on infermeria es troba constantment amb la família i el pacient, cobrint les seves necessitats amb l'objectiu de contribuir a una mort en pau.

Objectiu: Conèixer quins són les CP més prevalents, quines necessitats té el pacient en situació terminal i com viu la situació l'equip d'infermeria. A més de conèixer l'any de publicació, el país d'origen de l'autor i el tipus de patologia esmentada en els articles.

Metodologia: Es va realitzar una revisió bibliogràfica a les bases de dades: Pubmed, Scielo, Cuiden, Cuidatge i Cinahl en un marc temporal de l'1 de gener de 2007 al 31 de març de 2017.

Resultats: Com a resultats rellevants, només el 18% dels 61 articles parlaven sobre patologies cròniques no oncològiques. La necessitat més prevalent en els articles era el dolor. Pel que fa a les CP, el suport emocional estava present en el 79,3% (n = 29 articles). Pel que fa a l'experiència, els sentiments negatius són els més prevalents.

Conclusions: Hi ha limitacions pel que fa a les CP relacionat amb el tipus de patologia, el control de símptomes i les cures a realitzar. En relació a això, els professionals expressen molts sentiments negatius remarcant la manca de temps, recursos i personal.

Paraules clau: cures pal·liatives, infermeria, *Hospice*, Infermeria de Cures Pal·liatives al Final de la Vida, experiència.

ABSTRACT

Introduction: Increased life expectancy and chronic diseases has been a major evolution in demand for palliative care. Palliative care realizes a multidisciplinary team, which is constantly nursing and patient family, meeting their needs in order to contribute to a peaceful death.

Objective: To determine which are the most prevalent CP, which needs the patient is terminally living situation and how the nursing team. Besides knowing the year of publication, country of origin of the author and type of disease mentioned in the articles.

Methods: We conducted a literature review to databases: Pubmed, Scielo, care, and Cinahl Cuidatge in a frame on 1 January 2007 to 31 March 2017.

Results: As relevant results, only 18% of the 61 articles talking about chronic non cancer. We need more prevalent in the articles was pain. Regarding CP, emotional support was present in 79.3% (n = 29 items). As for experience, negative feelings are more prevalent.

Conclusions: There are limitations regarding the types of CP related to the disease, control of symptoms and treatments performed. In relation to this, many professionals express negative feelings underlining the lack of time, resources and personnel.

Keywords: palliative care, nursing, hospice, nursing Palliative Care at End of Life experience.

1. INTRODUCCIÓN

La perspectiva que existe de la muerte actualmente en Occidente puede llegar a ser muy dispar en comparación a otras culturas. En los países occidentales se produce una institucionalización de la muerte y un mayor miedo al proceso previo del final de vida, relacionado con desnaturalizar la muerte y/o asociarla al dolor, a lo desconocido o al sufrimiento. (Vilches, 2000; Kübler-Ross, 1972)

Callahan (2000), experto en bioética, señala la importancia de dos objetivos en medicina: luchar contra las enfermedades de los pacientes y ayudar a las personas a morir en paz, con el objetivo de ofrecer alivio al sufrimiento y dignidad en el proceso de final de vida. (Callahan, 2000) Stein Husebo (1998), un médico noruego, afirma que el proceso de morir forma parte de la vida; que ni la vida ni la muerte son una enfermedad. Además, puntualiza que quiere abandonar esta vida como un ser viviente y no como un paciente. (Husebo, 1998)

Ya durante el siglo XX, la Dra. Kübler-Ross (1972) implantó nuevos cuidados para pacientes que se encontraban en situación terminal y desarrolló una teoría distinguiendo 5 fases en el duelo; las cuales pueden fluctuar y/o variar temporalmente (ver anexo 1). (Kübler-Ross, 1972; Miaja y De la Rubia, 2013)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los años 2000 y 2015 la esperanza de vida se ha incrementado 5 años. En consecuencia, existe en la actualidad un mayor envejecimiento de la población, así como un incremento de la incidencia de las personas con patologías crónicas evolutivas. Además, ha aumentado la supervivencia de personas con enfermedades crónicas y así la prolongación de la fase terminal de los pacientes. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016)

En España, se estima que 120.000 personas están afrontando un proceso de muerte próxima y que entre un 50% y un 60% de las personas mueren a raíz de un proceso terminal. (Bayés, 2006; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define una situación de “enfermedad terminal” (ET) aquella que cumple las siguientes características: “Presencia de enfermedad incurable, progresiva y avanzada; respuesta ineficaz al tratamiento específico; presencia de múltiples síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes; impacto emocional en el paciente, sus familiares y el equipo terapéutico, relacionado con la presencia de la muerte y pronóstico de vida inferior a 6 meses.” (La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2014, p.3)

El proceso terminal debería ir acompañado de Cuidados Paliativos (CP). (Gelfman, Meier y Morrison, 2008) La OMS (2015) define los 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”. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2008, p.47) Sin embargo, a nivel internacional, sólo un 14% de las personas que lo necesitan reciben CP y en España, sólo uno de cada tres pacientes en situación terminal recibe CP idóneos. (OMS, 2015; Cubedo, 2005)

Actualmente, el término de ET también engloba pacientes con enfermedades crónicas evolucionadas que tienen un pronóstico de vida de meses o años, pero anteriormente el término era específico sólo para pacientes oncológicos. (Gómez, Espinosa, Porta-Sales y Benito, 2010) Además, en centros de CP de países desarrollados el 90% de sus cuidados son destinados a pacientes oncológicos. No obstante, pacientes con enfermedades crónicas evolucionadas y sus familiares refieren necesidades insatisfechas y dificultad de acceder a la atención adecuada. (Burt, Shipman, Richardson, Ream y Addington-Hall, 2009)

El Servicio Nacional de Salud en la estrategia de atención al Final de Vida tiene como objetivo prestar la misma calidad de cuidados independientemente de la enfermedad que tenga el paciente y garantizar los CP como un derecho legal del individuo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001). De hecho, en España se investiga sobre el tema desde los años 80' y actualmente, existen diferentes guías y protocolos que se han ido creando en los últimos años para orientar a los profesionales de la salud en la atención a las personas en final de vida (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Gómez, Espinosa, Porta-Sales y Benito, 2010). Aun así, es necesario mejorar en la formación de los profesionales en los CP. En 1997 una comisión del Instituto de Medicina publicó un informe que manifiesta el desconocimiento en medicina sobre cómo mueren las personas y cómo desean morir. (Kutney-Lee, Brennan y Ersek, 2015; Institute of Medicine, 1997)

En el apoyo del duelo y la realización de los CP participan los profesionales sanitarios, ya que son los que permanecen al lado del paciente y de la familia durante el proceso de final de vida. Estos profesionales tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de la familia y del paciente realizando diferentes cuidados holísticos e individualizados. Las intervenciones de los CP se

basan en el apoyo emocional y la prevención/control del sufrimiento, además, contribuyen en la aceptación del curso de la patología (basándose en las etapas de Kübler-Ross) y evitan la claudicación por parte de los familiares. Aun así, los profesionales sanitarios han de poder afrontar los propios duelos para poder apoyar a otras personas a superar el suyo. (Oviedo, Parra y Marquina, 2009; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001)

Dentro del equipo multidisciplinar de los CP, los profesionales de enfermería están en constante contacto con los pacientes. Además, hay una relación directa en la satisfacción del paciente y de los familiares con la atención de enfermería (Kutney-Lee, Brennan y Ersek, 2015). Según Virginia Henderson (1966): “la función propia de enfermería es atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte (...)” (Henderson, 1960, p.15). Enfermería tiene la responsabilidad de mejorar las condiciones y cubrir las necesidades del paciente y de los familiares con el objetivo de evitar situaciones agravantes, acompañar, humanizar la muerte e interferir en los factores que ayuden al paciente a morir en paz. (Kehl, 2015; Lopera, 2015).

Debido a lo expuesto anteriormente se cree en la necesidad de identificar a través de la revisión de la literatura el contenido sobre la actuación de enfermería en los CP, concretando los CP realizados y las necesidades más prevalentes de los pacientes. Además, se analizarán las percepciones de enfermería en la atención paliativa y se observarán las diferencias en los CP realizados a los pacientes terminales oncológicos y los pacientes terminales no oncológicos.

2. OBJETIVOS

Objetivo general: Identificar el contenido en la literatura científica en referencia a la atención de los profesionales de enfermería en los CP.

Objetivos específicos:

- Conocer el año de publicación de los artículos que incluyen la intervención enfermera en los CP.
- Identificar el país de origen del autor en la publicación de los artículos que incluyan la intervención enfermera en los CP.
- Identificar sobre qué tipos de pacientes se publican artículos en relación a CP (enfermo oncológico y no oncológico).
- Conocer las necesidades más relevantes en el proceso de final de vida de las personas en las cuales los profesionales de enfermería puedan intervenir.
- Identificar cuáles son los CP prevalentes realizados por profesionales de enfermería respecto los CP.
- Analizar la experiencia personal de los profesionales de enfermería respecto los CP.

3. METODOLOGÍA

Diseño

El diseño de la revisión bibliográfica de la literatura es descriptivo transversal, con un marco temporal del 1 de enero de 2007 al 31 de marzo de 2017.

La estrategia de búsqueda avanzada se puede ver en la siguiente tabla:

Bases de datos	Estrategia de búsqueda para cada variable analizada		
	Necesidades	Experiencia	Cuidados paliativos
PUBMED	"Nursing Theory"[Mesh] AND ("Palliative Care"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh]) AND (hasabstract[text] AND adult[MeSH]) "Signs and Symptoms"[Mesh] AND ("Palliative Care"[Mesh] OR "Terminal Care"[Mesh]) AND "Nurse-Patient Relations"[Mesh] AND (hasabstract[text] AND ("2007/01/01"[PDat]: "2017/03/31"[PDat]) AND adult[MeSH])	("Nurses"[Mesh] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh]) AND "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh] AND (hasabstract[text] AND ("2007/01/01"[PDAT]: "2017/03/31"[PDAT]) AND "adult"[MeSH Terms]) "Nurses"[Mesh] AND ("Interview"[Publication Type] OR "Interviews as Topic"[Mesh]) AND ("Palliative Care"[Mesh] OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh])	"Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh] AND (hasabstract[text] AND ("2007/01/01"[PDat]: "2017/03/31"[PDat]) AND adult[MeSH])
SCIELO	((Palliative care) OR (Terminal care)) AND (Nursing)	(Palliative care) AND (Experience)	((Palliative care) OR (Terminal care)) AND (Nursing)
CUIDATGE	(Terminal\$) OR (Paliat\$)	(Enfermería) AND (Cuidados paliativos)	(Terminal\$) OR (Paliat\$)
CUIDEN	(Atención de enfermería) AND ((Cuidados paliativos) OR (Enfermos terminales))	(Enfermería) AND (Cuidados paliativos) AND (Experiencia) AND entrevista	(Atención de enfermería) AND ((Cuidados paliativos) OR (Enfermos terminales))
CINAHL	(Signs and symptoms) AND ((Palliative care) OR (Terminal care)) AND (Nurse-patient relations)	(Hospice and palliative care nursing) AND (Nurse)	(Hospice and Palliative care nursing)
Filtros de la búsqueda a utilizar: "ABSTRACT" disponible			

En los primeros resultados se analizaron los títulos de los artículos científicos y se seleccionaron los que eran relevantes en el tema.

Sobre esta selección se procedió a la lectura del resumen y se excluyeron aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Finalmente, se realizó la lectura completa de los artículos relevantes y se seleccionaron aquellos relacionados con los objetivos del presente trabajo.

Población y muestra

La población de estudio estuvo determinada por los artículos publicados en el marco temporal comprendido del 1 de enero de 2007 al 31 de marzo de 2017.

La muestra estuvo determinada por los artículos que cumplen con los criterios de inclusión siguientes:

Criterios de inclusión

Forman parte del estudio los artículos que cumplieron los siguientes requisitos:

- El año de publicación comprendido del 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2017.
- Estudios sobre los pacientes de edad adulta, mayor de 18 años.
- Los que están publicados tanto en lengua castellana, catalana, portuguesa e inglesa.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio los artículos que no cumplieron los siguientes requisitos:

- Artículos que eran revisiones bibliográficas.
- Aquellos que no se encontraban relacionados con los profesionales de enfermería.
- Aquellos que hablaban sobre pacientes pediátricos.

Variables

Año de publicación: El año de publicación de los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica.

País de origen del autor: El país de procedencia del autor de los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica.

Personas que requieren atención paliativa: Según la Guía de Salud de Cuidados Paliativos se observa que las personas que requieren CP son aquellas personas que sufren patologías irreversibles, progresivas y en fase terminal (Murray y Sheikh, 2008). Para interpretar la variable, se catalogaron en las enfermedades más prevalentes de los pacientes terminales descritas por la clasificación de McNamara: cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esclerosis múltiple, Parkinson, Huntington, Alzheimer y el VIH/SIDA, (McNamara, Rosenwax y Holman, 2006) añadiendo dos grupos más como “otros” y “no se menciona” para las patologías no recogidas o que no cumplan el criterio de McNamara.

Necesidades del paciente: A través de la lectura de los artículos se realiza un análisis de las necesidades no cubiertas más prevalentes en relación al paciente en ET fundamentándose, este análisis está fundamentado en la teoría de las 14 necesidades básicas establecidas por Virginia Henderson.

Virginia Henderson define que las necesidades básicas contribuyen a la percepción de salud, convalecencia de la enfermedad o la muerte sin sufrimiento. Su clasificación es la siguiente (Henderson, V., 1960):

1. Respiración: Respirar normalmente.
2. Comida y bebida: Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminaciones: Eliminar por todas las vías corporales.
4. Movimiento: Moverse y mantener la posición conveniente.
5. Reposo y sueño.
6. Vestirse: Elegir prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa.
7. Temperatura corporal: Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificando las condiciones ambientales.
8. Limpieza corporal: Mantener la higiene, el aseo personal y proteger el integumento.
9. Seguridad del entorno: Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.
10. Comunicación: Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.
11. Creencias y valores: Religión o creencias.
12. Trabajo: Trabajar en alguna actividad que produzca una sensación de rendir provecho.

13. Ocio: Jugar o participar en diversas actividades recreativas.
14. Aprendizaje: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud.

Los cuidados paliativos se definen 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 alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales” (Ministerio de Sanidad, Política, Social e Igualdad, 2011). Se midió la actuación enfermera usando la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Esta clasificación normalizada abarca las competencias de enfermería e incluye al paciente y la familia en las intervenciones. (Bulechek, Butcher y McClosey, 2009)

Experiencia de los profesionales de enfermería: Se entiende por experiencia, aquella circunstancia o acontecimiento vivido por una persona (RAE). En la búsqueda se seleccionó aquellos artículos en los que se había realizado entrevistas a profesionales de enfermería sobre la experiencia en CP, por lo tanto, habían realizado CP durante su profesión. A partir de las repetidas lecturas, se destacaron los diferentes temas nombrados por los profesionales sanitarios, además de la similitud de las ideas expresadas y se agruparon en metacategorías, categorías y subcategorías.

Instrumentos de medida

A partir de la definición de las variables descritas se cuantificaron los resultados. Se elaboró una tabla donde contemplaba lo que se debía analizar en cada artículo dependiendo de la variable revisada y a partir de la lectura crítica de los artículos se realizó la clasificación.

En referencia a las variables del país de origen, año de publicación y tipo de patología se respondieron a partir de todos los artículos seleccionados para la revisión bibliográfica.

En cuanto al tipo de patología se utilizó la clasificación de McNamara nombrada anteriormente.

En cuanto a las necesidades de los pacientes, se seleccionaron artículos que hablaran sobre necesidades en los pacientes en situación de final de vida. En primer lugar, se observaba si las necesidades seguían la clasificación de Virginia Henderson y en caso afirmativo, cuáles eran; en el caso de ser negativo se adecuaban las necesidades comentadas en el artículo a las necesidades de Virginia Henderson.

En referencia a los CP, se seleccionaron artículos que hablaban sobre qué CP se realizan. En primer lugar, se determinaba si los cuidados de los artículos se clasificaban según la taxonomía NIC, en el caso afirmativo, se valoraba cuáles eran y en caso negativo, se adaptaban los CP a la clasificación de las NIC.

Por último, en cuanto a la experiencia de los profesionales se seleccionaron artículos donde se entrevistaba a profesionales de enfermería que habían trabajado o trabajaban en unidades de CP con 1 año mínimo de experiencia. A partir de la lectura repetida y crítica de los artículos se realizó la categorización de los diferentes temas nombrados por los propios profesionales de enfermería (para ver la tabla utilizada, ver anexo 2).

Método de análisis de datos

Se realizó un análisis univariante de las variables del estudio mediante frecuencias y porcentajes. Se usó el paquete informático Microsoft Office Excel. Además, se realizó un análisis cualitativo de contenido de los artículos para categorizar algunas de las variables (la experiencia de los profesionales). La categorización de los temas nombrados en los artículos se basó en la definición de análisis cualitativo de Huberman y Miles (1994,) que lo definen en tres subprocesos: reducción de los datos, presentación de los datos y exposición de las conclusiones y su verificación. (Huberman y Miles, 1994)

Aspectos éticos

La revisión bibliográfica se realizó en bases de datos que cumplen con consideraciones y normas éticas. Además, no hay ningún conflicto de intereses, ni aspecto ético, que suscite un problema para la realización del estudio. Los resultados hallados se contemplaron de la misma manera que se obtuvieron de los artículos y se realizó la citación correcta de todas las fuentes.

Límites

El estudio está determinado por limitaciones ya que no fue posible acceder a toda la información relacionada con el tema porque la selección de los artículos estuvo determinada por los criterios de inclusión y exclusión establecidos y sólo en las bases de datos seleccionadas para la búsqueda.

Además, se analizaron sólo los artículos que tenían resumen y no se incluyó literatura gris. Por otro lado, y respecto al análisis y clasificación de la información hallada respecto a las necesidades y a las NIC, comentar que este análisis cualitativo podría estar condicionado por la

propia interpretación de las autoras al ajustar la información en las diferentes categorías o intervenciones estándar que se proponen.

Cronograma

(Ver anexo 3).

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión bibliográfica fue conocer la atención que ofrecen los profesionales de enfermería a los pacientes en situación terminal. Para ello, focalizó la revisión bibliográfica en 3 aspectos: la experiencia de los profesionales enfermeros en CP, las necesidades de dichos pacientes y los cuidados paliativos en sí (para ver tabla de análisis de resultados, ver anexo 4). A partir de la estrategia de búsqueda avanzada mencionada en la metodología e incluyendo los posibles criterios de inclusión y de exclusión en la búsqueda se obtuvieron 1431 artículos iniciales, excluyendo 1185 por el título y quedando 246. A partir de la lectura de los resúmenes de los artículos, se excluyeron 172 y quedaron 74 artículos, de los cuales había 13 repetidos ya que se habían utilizado dos veces para responder a diferentes objetivos. Por lo tanto, los artículos finales son 61: 25 de ellos respondiendo a las necesidades, 29 a los CP y 20 a la experiencia de los profesionales de enfermería. En la siguiente figura se puede observar el

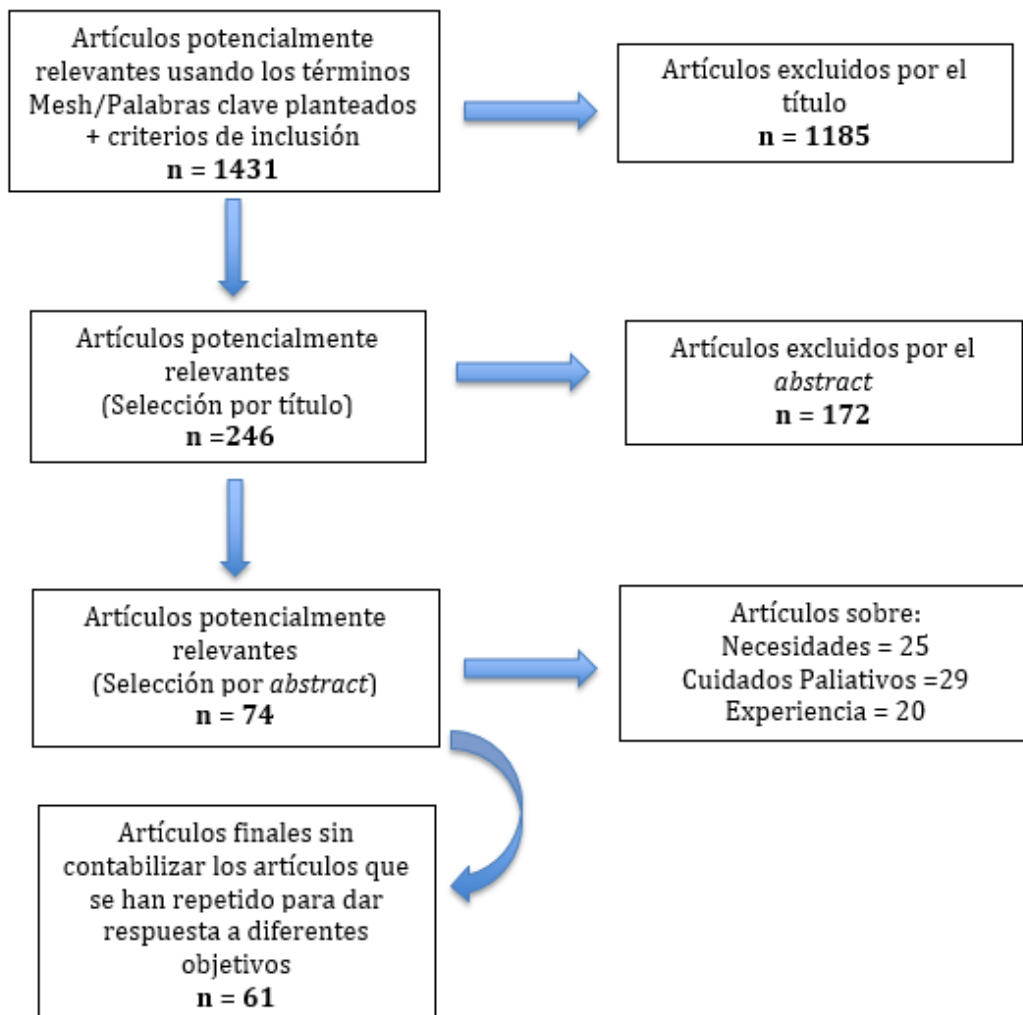


diagrama de flujo de la búsqueda (ver figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo.

En cuanto al año de publicación de los artículos, el 22,9% (14 artículos) fueron publicados en el año 2014, viéndose oscilaciones en el resto de los años estudiados (ver gráfico 1).

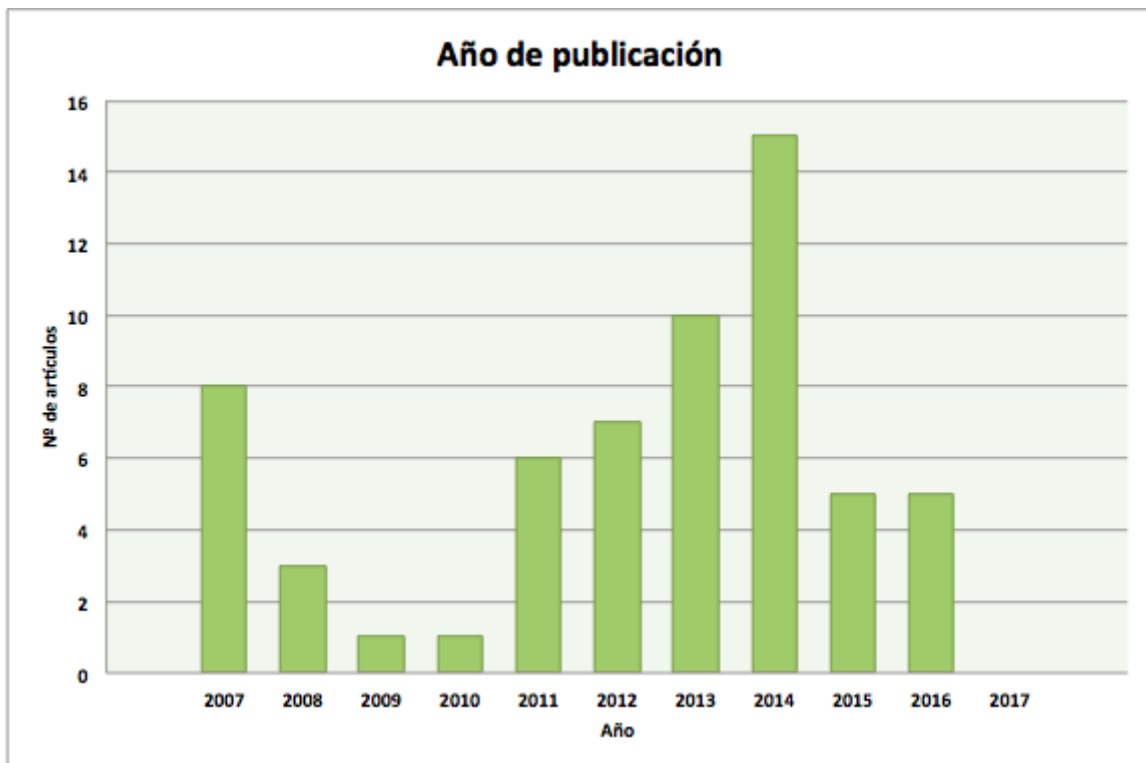


Gráfico 1. Año de publicación de los artículos.

Los CP se implantaron hace tan solo décadas, y en los últimos años ha evolucionado mucho en los países occidentales, puede ser, que debido a los sucesos de los últimos años (la creación de la OMS de la primera guía sobre CP en el 2007 y la resolución que se realizó en el 2014 con el objetivo de que la OMS y los estados que la forman mejoraran el acceso a los CP) hayan aumentado los artículos del 2010 al 2014, aunque cabe destacar que los resultados obtenidos no están relacionados directamente con la cantidad de artículos que publican, sino, con la búsqueda realizada. (Del Río y Palma, 2007; OMS, 2015)

En cuanto a los países más prevalentes en referencia al país de origen del autor de los artículos son: Brasil (19,6% de 61 artículos), Estados Unidos (14,7% de 61 artículos), Suecia (13,1% de 61 artículos) y España (11,4% de 61 artículos) (ver gráfico 2).

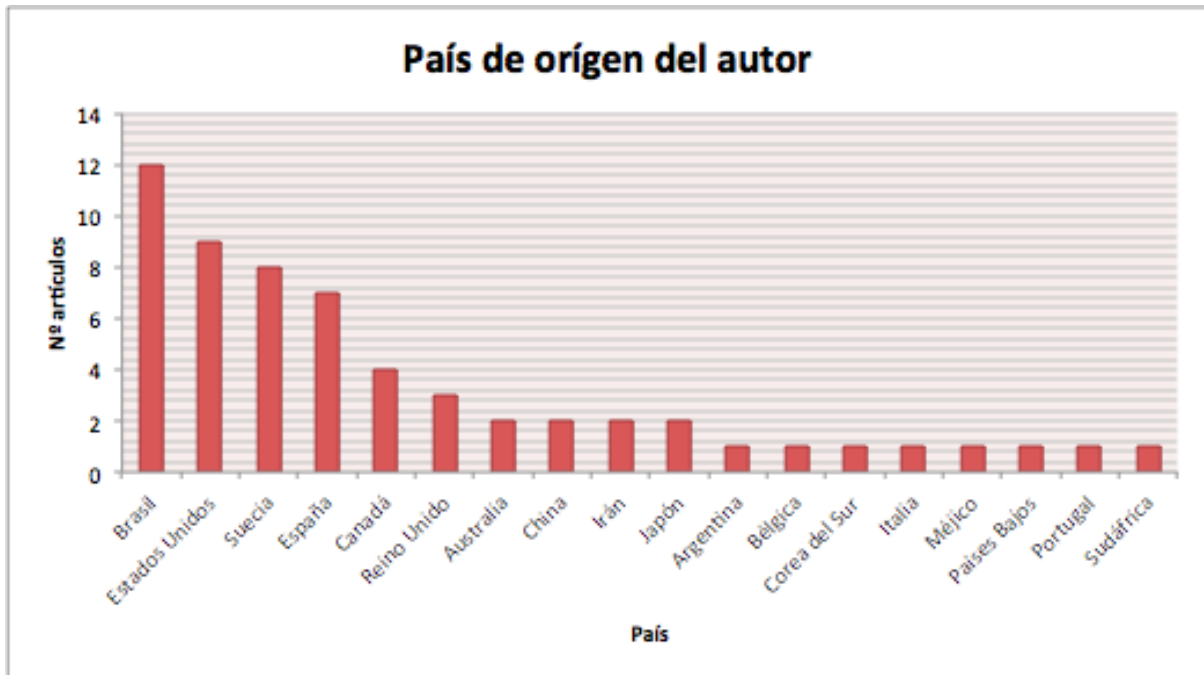


Gráfico 2. País de origen del autor de los artículos.

La prevalencia elevada de artículos cuya autoría se origina en Brasil, EEUU y España pudo estar condicionada tanto por las limitaciones de idioma como por el uso de las bases Scielo, Pubmed, Cuiden y Cuidatge.

Por otra parte, Suecia es el tercer país más prevalente de los artículos. Quizás el motivo de esta prevalencia de autores que provienen de Suecia es debido a que allí se tiene un buen manejo en el desarrollo de los CP, ya que, en la clasificación de desarrollo de los CP en los países europeos, Suecia se sitúa en el cuarto puesto. (Woitha, Garralda, Martin, Clarck y Centeno, 2016)

En cuanto a la prevalencia de las patologías se ha podido observar que de los 61 artículos (100%), 31 de ellos (50,8%) hacen referencia a los pacientes oncológicos, en contra, el resultado de la suma de las patologías crónicas no oncológicas; es de tan solo 11 artículos (18%). Cabe destacar que en los 25 artículos restantes (40,9%) no se menciona la patología y sólo se refiere a pacientes en situación terminal sin especificar la patología. En el siguiente gráfico se puede observar los resultados a partir de la clasificación de McNamara (ver gráfico 7).

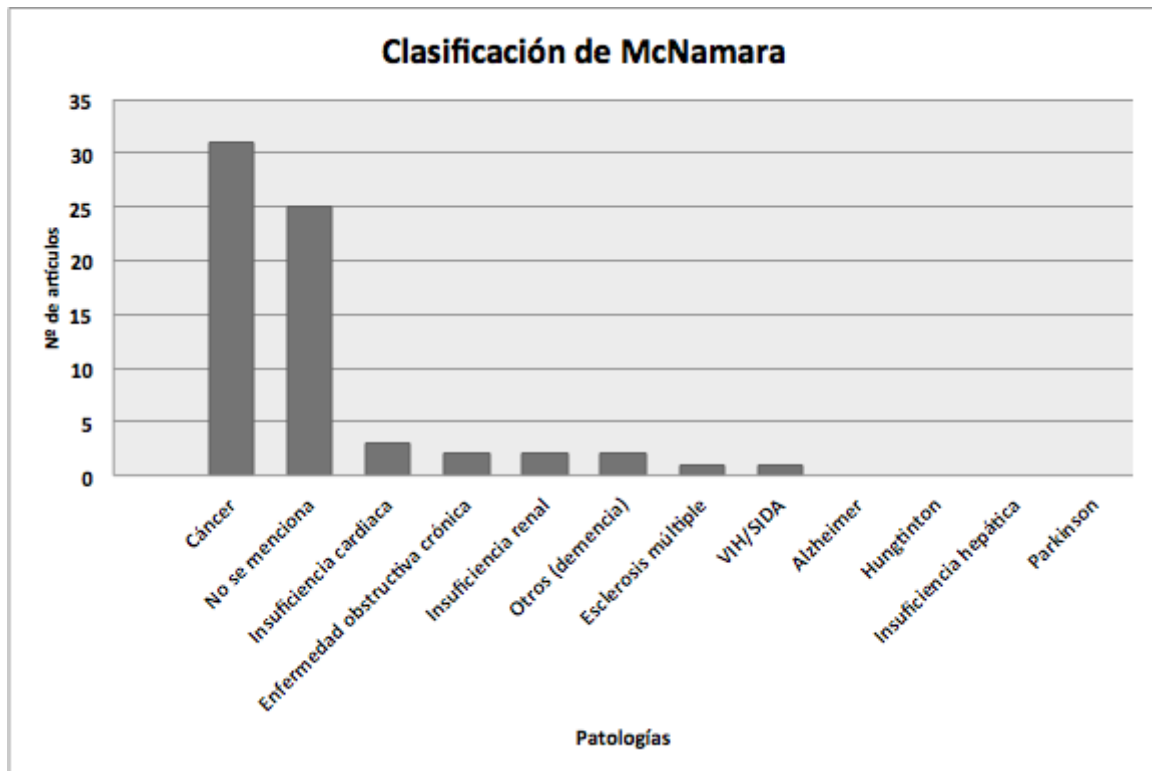


Gráfico 7. Clasificación de McNamara

El inicio de los CP estaba enfocado solamente a los pacientes oncológicos, aunque actualmente hay una disposición por asistir de manera igualitaria al paciente en situación de final de vida independientemente de la enfermedad que sufra, no obstante siguen siendo mayoría los pacientes oncológicos en los CP. Asimismo, la trayectoria del cáncer es predecible, la evolución de la patología tiene un rápido descenso en las últimas semanas o meses de vida, en cambio, la insuficiencia orgánica crónica durante su trayectoria tiene diversos procesos de agudización y de recuperación, tiene una evolución lenta, aunque un proceso de agudización puede producir la muerte, y por último, hay la demencia o fragilidad que tiene una trayectoria lenta y que disminuye la función de la persona progresivamente. Por lo tanto, puede ser más difícil el reconocimiento de la fase terminal en pacientes no oncológicos. (Rocker, Downar Y Morrison, 2016)

Todo esto afecta a que las personas que sufren una patología terminal no oncológica no puedan tener un acceso a la atención sanitaria apropiado, además, en la literatura se evidencia un peor control de los síntomas durante el final de vida, especialmente del dolor, las náuseas, el estreñimiento y los vómitos. También, se puede observar más dificultad en acceder a profesionales especializados. Quizás por todo lo comentado anteriormente hay una mayor

prevalencia de estudios sobre CP en pacientes oncológicos. (Burt, Shipman, Richardson, Ream y Addington, 2010)

En referencia a la revisión bibliográfica de las necesidades del paciente, la gran mayoría de los artículos no hacen uso del modelo de Henderson. En la revisión bibliográfica de 25 artículos, únicamente el 12% (3 artículos) lo utiliza (ver gráfico 3).

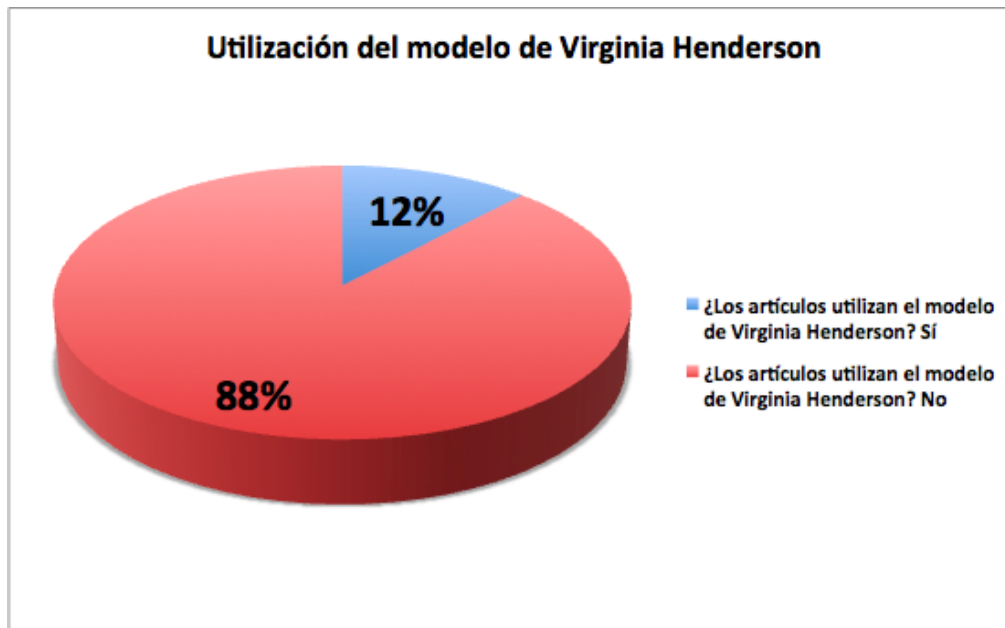


Gráfico 3. Uso del Modelo de Virginia Henderson en los artículos.

Hay referencias bibliográficas sobre teorías enfermeras desde 1860, aunque el proceso enfermero se extendió en la práctica en los años 1970 y actualmente, es utilizado en diferentes centros sanitarios, además, el modelo de Virginia Henderson es el más conocido y utilizado a nivel mundial. Aun así, hay poca implantación de la teoría enfermera en la práctica y existe gran variedad de métodos para realizar el diagnóstico enfermero y ello puede crear confusión. En Canadá, sólo el 25% de los centros sanitarios utiliza un modelo enfermero en la práctica clínica y en España, en el ámbito de atención primaria, sólo un 35% de los centros. Aunque el uso de un modelo teórico favorezca a los centros asistenciales, éstos, están limitados por la carga asistencial y la organización de las instituciones, entre otros motivos. Asimismo, tan sólo 2% de los artículos sobre investigación se centran en la epistemología. Quizás, por todo lo mencionado hay pocos artículos que utilicen el modelo de Virginia Henderson. (Huitzi, Elorza, Urkia, Zubero y Zupiria, 2012; López, Santos, Varez, Abril, Rocabert, Ruiz y Mañé, 2006)

De estos 22 artículos que no hacen uso del modelo de Virginia Henderson para valorar las necesidades del paciente, 20 artículos (90,9% de los 22 artículos que no hablan de Virginia Henderson) no hacen mención de ningún modelo y 2 de los artículos (9% de los 22 artículos que no hablan de Virginia Henderson) mencionan el modelo de Parse (ver gráfico 4).

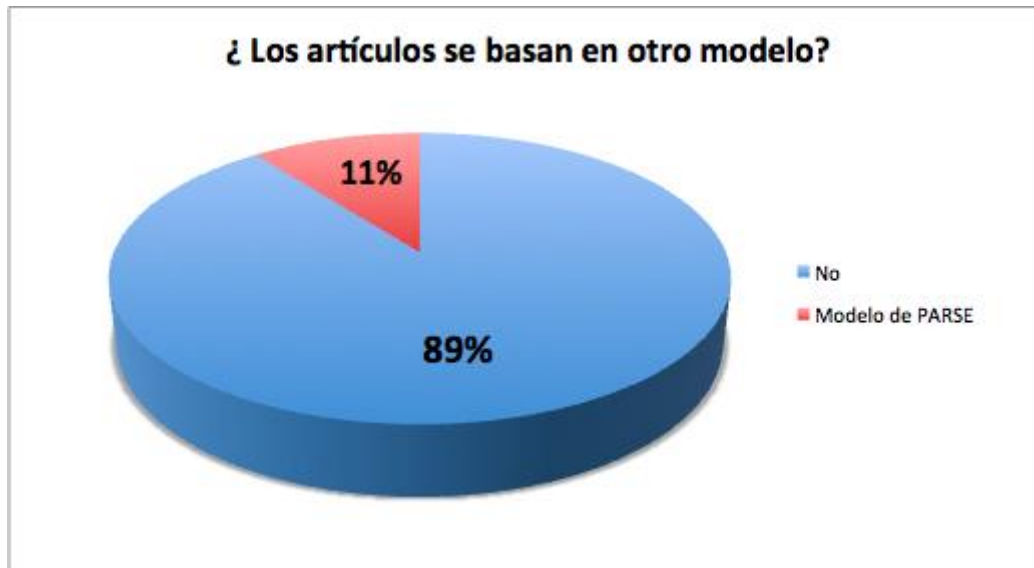


Gráfico 4. Los 22 artículos que no se basan en Virginia Henderson.

La teoría de Parse se relaciona con el devenir humano, es una teoría que se utiliza a veces en los CP. Hay estudios que demuestran resultados positivos en su aplicación, además, esta teoría tiene puntos que están muy relacionados con los CP ya que la teoría del devenir humano contempla a los seres humanos como personas íntegras, unitarias y son vistas de manera holística. El objetivo de la teoría es ofrecer una mejoría en la calidad de vida, y guiar el cuidado de los pacientes teniendo en cuenta su singularidad e individualidad. Además, tiene en cuenta la comunicación y los silencios entre el paciente y los profesionales de enfermería y la importancia de la conexión entre ellos (Hutchings, 2002). Quizás por ese motivo se nombra en diferentes artículos, porque es una teoría que tiene concordancia con los CP y se relaciona con las intervenciones realizadas.

Por otro lado, se quiere destacar que 3 de los artículos seleccionados utilizaban la taxonomía NANDA, NIC y NOC ya que eran planes de cuidado.

Según la revisión bibliográfica utilizada y adaptándolo al modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, las necesidades más prevalentes comentadas en los 25 artículos

seleccionados son: seguridad del entorno, comida y bebida, eliminaciones, movimiento, comunicación y creencias y valores.

La Seguridad del entorno ha sido la necesidad más prevalente ya que el 96% (de los 25 artículos) de los artículos mencionan el dolor emocional (ira, depresión, angustia, ansiedad, miedo, tristeza) y/o físico y en algunos artículos, se comentaba ideas de suicidio verbalizadas por el paciente. En referencia a la Comida y bebida, aparece en el 56% (de los 25 artículos) de los artículos, es la segunda necesidad más prevalente en la revisión bibliográfica, se mencionan los síntomas que sufren los pacientes como las náuseas o los vómitos relacionados con los efectos secundarios de la medicación, además, se menciona la anorexia, disfagia y la pérdida de peso de los pacientes; también, en la necesidad de Eliminaciones (44% de los 25 artículos), se puede observar síntomas que sufre el paciente como estreñimiento o diarrea, que en algunos casos, son efectos secundarios de la medicación. La necesidad de Movimiento (44% de los 25 artículos) está relacionada con la fatiga y la inmovilidad física que manifiestan los pacientes. En referencia a la Comunicación (44% de los 25 artículos), se puede observar en los artículos la necesidad del paciente en tener apoyo familiar y de expresar los pensamientos y verbalizarlos. Y por último, en la necesidad de las Creencias y valores (40% de los 25 artículos), se menciona la fe, las percepciones de la muerte, la incertidumbre del paciente, la necesidad de sentirse en paz y de cumplir sus últimos deseos (ver gráfico 5). (Miranda, León y Muñoz, 2013; Muñoz, 2015; Cordero y Romero, 2007)

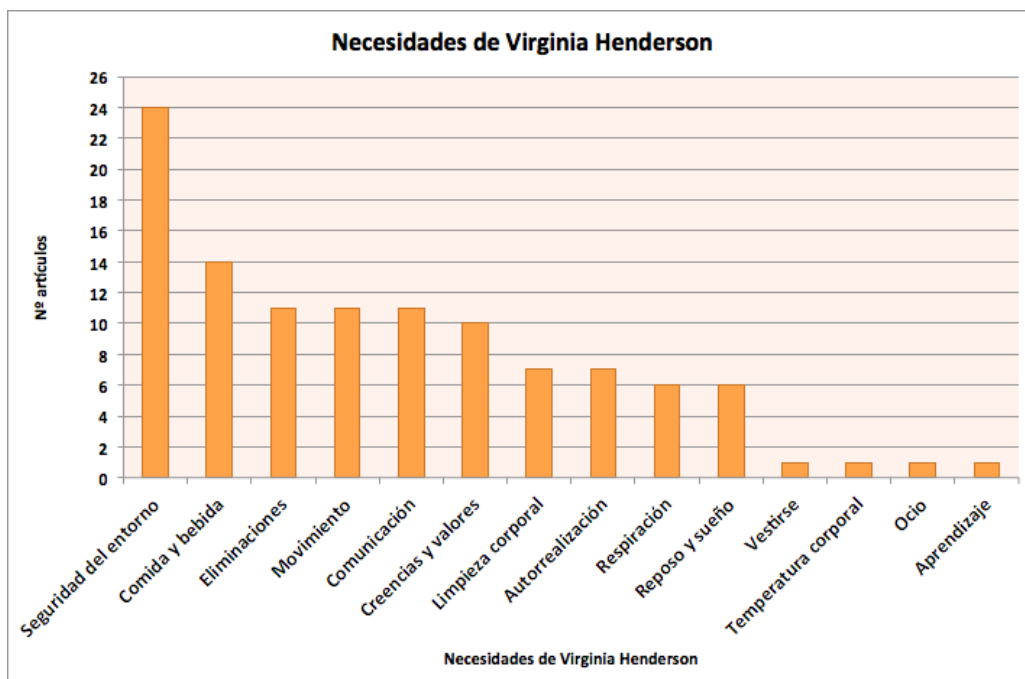


Gráfico 5. Necesidades de Virginia Henderson

En los estudios de Bayés et al. y Potter et al. los síntomas más prevalentes de los pacientes en situación terminal también son el dolor, la fatiga, la anorexia, la pérdida de peso, el estreñimiento, la ansiedad, la depresión, las náuseas y la disnea, entre otros. Los síntomas pueden aparecer a causa de la evolución de la enfermedad y/o por un control inadecuado. Solano et al., compara en un estudio la prevalencia de síntomas dependiendo de la patología que sufre el paciente en situación terminal; en este estudio se pudo observar que el dolor y la fatiga eran comunes en todas las patologías; en cambio, la anorexia y el estreñimiento eran más prevalentes en pacientes con cáncer, así como el insomnio y la diarrea más prevalentes en pacientes con SIDA. Es importante nombrar la sintomatología más prevalente de los pacientes con cáncer avanzado, ya que, en la revisión bibliográfica realizada, el 68% (de los 25 artículos) de los estudios comentados sobre las necesidades eran de pacientes con cáncer y un 28% (de los 25 artículos) de los artículos no especificaba la patología; igual por ese motivo, hay síntomas que son más prevalentes en otros estudios y en este no, como la disnea.

Por otra parte, se ha de tener en cuenta que la enseñanza de habilidades a los pacientes y a los cuidadores sobre el manejo de los síntomas, así como, la intervención temprana de ellos es importante para un buen control sintomatológico. (Solano, Gomes y Higginson, 2005; Potter, Hami, Bryan y Quigley, 2003; Bayés, Barreto, Comas y Limonero, 1995)

En referencia a los CP se seleccionó en la búsqueda bibliográfica un total de 29 artículos, de los cuales se observó que sólo un 17% (5 artículos) utilizaban la taxonomía NIC (ver gráfico 6).

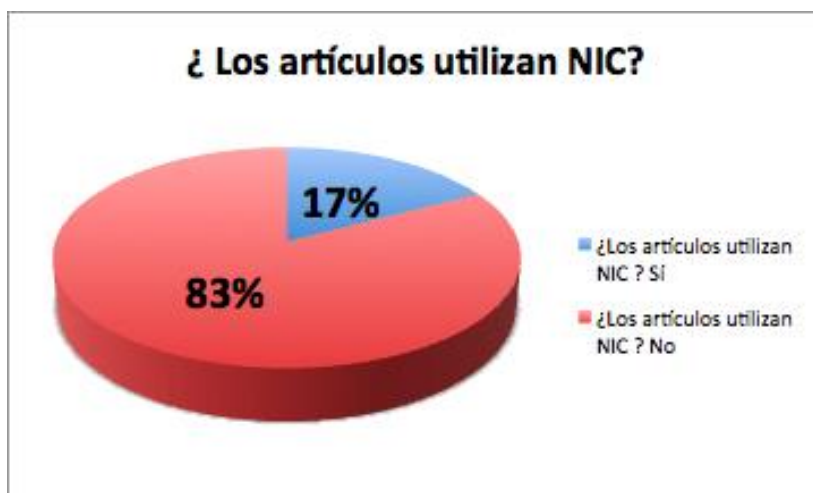


Gráfico 6. Uso de NICs en los artículos

En los 5 artículos donde se utilizaba la NIC se realizaba un plan de cuidados sobre los CP a partir de la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Esta baja implementación podría ser debida a que la primera edición del libro “Nursing Interventions Classification” es de 1992. La implementación de las taxonomías NIC-NOC en Estados Unidos se empezó a utilizar en 1998, en España este desarrollo se llevó a cabo bastante más tarde, en 2004. No obstante, esta nomenclatura es relevante en la práctica sanitaria, de hecho, la NIC ha sido incluida en la Biblioteca Nacional de Medicina de Metathesaurus y en la “Joint Commission” para promover la estandarización y actualmente, se utiliza la taxonomía NANDA, NIC y NOC en diferentes centros sanitarios del mundo ya que facilita y mejora el proceso de enfermería. (Huitzi, Elorza, Urkia, Esnaola y Asurabarrena, 2016; Bulechek, Butcher, Dochterman, y Wagner, 2013)

Además, su uso debería extenderse en nuestro territorio, ya que, legalmente, el Real Decreto 1093/2010 del 3 de septiembre aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud y comenta la necesidad de la homogeneidad en los datos a partir de la instauración de modelos básicos, contrastados por expertos, para que la información clínica esté estandarizada. (BOE, 2010)

En cuanto a las intervenciones más prevalentes ajustadas a taxonomía NIC en la revisión bibliográfica fueron: 5270 Apoyo emocional presente en el 79,3% (n= 29 artículos) de los artículos revisados, la 4920 Escucha activa 62% (n= 29 artículos) y la 1400 Manejo del dolor 48,2% (n= 29 artículos), el resto de intervenciones se pueden ver en la tabla (ver tabla 1). (Lauck, Garland, Achtem, Forman, Baumbusch, Boone y et al, 2014; Namasivayam, Lee, O'Connor y Barnett, 2014; Doorenbos, Juntasopeepun, Eaton, Rue, Hong y Coenen, 2013).

Tabla 1. NICs más prevalentes extraídos de los artículos*.

*(Ver anexo 5 para ver la tabla completa)

¿Qué NIC se puede extraer del artículo? ¿En cuántos artículos se repite?	
5270 - Apoyo emocional	23
4920 - Escucha activa	18
1400 –Manejo del dolor	14
4520 - Apoyo espiritual	11
5510 - Educación para la salud	11
5602 - Enseñanza: proceso de enfermedad	11
5230 - Mejorar el afrontamiento	11
7140 - Apoyo a la familia	10
5260 - Cuidados en la agonía	9
6482 - Manejo ambiental: confort	9
3320 - Oxigenoterapia	9
2210 - Administración de analgésicos	8
2300 - Administración de medicación	8
6480 - Manejo ambiental	7
3140 - Manejo de la vía aérea	7
5820 - Disminución de la ansiedad	6
5290 - Facilitar el duelo	6
7110 - Fomentar la implicación familiar	6
1050 - Alimentación	5
5470 - Declarar la verdad al paciente	5
0450 - Manejo del estreñimiento/impactación fecal	5

Los pacientes en situación de final de vida sienten con frecuencia dolor físico y emocional, ansiedad, fatiga, depresión, entre otros síntomas. A medida que avanza la patología los síntomas normalmente empeoran y afectan a la calidad de vida del paciente y la de su familia. Una de las intervenciones para disminuir los síntomas es la comunicación ya que permite que el paciente

transmita sus pensamientos, ansiedades y emociones. Este proceso, siempre que el profesional responda empáticamente, permite comprender la situación del paciente y facilitar su adaptación, disminuyendo la angustia y sintiéndose apoyado y seguro. Ya Hallenbeck (2003) comentó que la comunicación terapéutica es a menudo la habilidad más valiosa que los profesionales de la salud pueden utilizar (Hallenbeck, 2003). Por otro lado, la comunicación mejora la confianza del paciente y facilita el afrontamiento de su pronóstico.

En cuanto a la escucha activa, es importante que los profesionales creen silencios, que no interrumpan y que los pacientes sientan que el profesional se siente a gusto para poder crear un buen vínculo entre el paciente y el profesional de enfermería (Hawthorn, 2015). En definitiva, la comunicación y la escucha activa promueve el apoyo emocional y espiritual. Por otro lado, facilita la autonomía del paciente y/o la familia en las curas a partir de la educación sanitaria y, además, ayuda al afrontamiento de la patología, ya que se puede hablar sobre el pronóstico y sobre las expectativas del paciente.

Aun así, hay falta de tiempo y de habilidades comunicativas y, en consecuencia, provoca un déficit en la comunicación enfermera-paciente. (Skilbeck y Payne, 2003)

Como se ha comentado, los pacientes que reciben CP con frecuencia experimentan dolor y en muchos casos el tratamiento del dolor es insuficiente para los pacientes en situación terminal, el 80% de personas con cáncer avanzado sufren dolor entre moderado e intenso. Aunque aún hay muchos países donde el acceso a los opioides está limitado a través de la legislación o incluso hay países que no tienen acceso al consumo. (Seya, Gelders, Uzoma, Milani y Karel, 2010)

Además, en el trabajo de Frankl, donde estudió el tipo de sufrimiento: físico, emocional y espiritual mientras estaba encarcelado en los campos de concentración nazi, se evidencia que las personas que dan un sentido a sus vidas son menos propensas a experimentar dolor (Frankl, 1979). En la literatura se puede observar que la atención psicoespiritual puede reducir el dolor. Por lo tanto, se debe tener en cuenta que el dolor es multidimensional y que para manejarlo de la mejor manera se ha de hacer a partir de un enfoque integral. Aun así, algunos profesionales sanitarios no son conscientes de esta multidimensionalidad y enfocan el dolor de una perspectiva solamente biológica. Por otro lado, la espiritualidad da sentido a la vida. Ser consciente de la muerte genera muchas preguntas existenciales y la mayoría de pacientes que están en situación de final de vida recurren a la espiritualidad. Es importante que el equipo sanitario entienda las creencias espirituales y las respete. Aunque en la literatura se puede evidenciar falta de tiempo, de formación y de comprensión respecto al apoyo espiritual. (Pidgeon, Johnson, Currow, Yates, Banfield, Lester, Allingham, Bird y Eagar, 2016; Watchholtz, Fitch, Makowski y Tjia, 2017; Piderman, Kung, Jenkins, Euerle, Yoder, Kwete y Lapid, 2015)

En cuanto a conocer la experiencia por parte de los profesionales de enfermería en relación a los CP, se decidió estudiar los artículos que contenían entrevistas, o bien, cuestionarios. La mayoría de las entrevistas fueron semiestructuradas. El perfil de las personas entrevistadas fue de mujeres de entre 38 y 39 años y con una experiencia media en CP a nivel hospitalario y/o domiciliario de entre 2 y 15 años.

Algunos de los profesionales enfermeros sienten una gran satisfacción y bienestar (Devik, Enmarker y Hellzen, 2013; Fonseca, Pereira y Carvalho, 2012; Wallerstedt y Andershed, 2007), además de considerar su profesión como algo sumamente significativo y gratificante a nivel personal (Habekost, Manfrin, Schwartz y de Oliveira, 2013). Aun así, la categorización de sentimientos positivos se encuentra por debajo de los sentimientos negativos; la cual es la categoría más prevalente.

Se han hallado sentimientos negativos por parte de los profesionales de enfermería como la impotencia, la abrumación, el dolor, etc., tal y como se recoge en la siguiente tabla (ver gráfico 8). (Leite, Aparecida y Silva, 2014; Wallerstedt y Andershed, 2007; Strang, Henoch, Danielson, Browall y Melin-Johansson, 2014; Penz y Duggleby, 2011)



Gráfico 8. Experiencia de los profesionales de enfermería en CP*.

*(Ver anexo 6 para ver la categorización completa)

*(Ver anexo 6 para ver la categorización completa)

El hecho de tener a un paciente de manera prolongada en la unidad de CP y vivir con él de manera permanente provoca que se establezca una relación de cercanía tan firme tanto con el paciente, como con los familiares y por lo tanto, los profesionales de enfermería llegan a involucrarse emocionalmente, con su sufrimiento, su dolor y su angustia.

El sufrimiento es una condición humana y nos afecta en todas nuestras dimensiones: física, social, emocional, familiar y espiritual; este sufrimiento se encuentra directamente relacionado con el tiempo de hospitalización del paciente, contra mayor es la estancia del paciente más fuerte es el vínculo enfermera-paciente; lo cual provoca una mayor implicación emocional a los profesionales. (Fontoura y Santa Rosa, 2013)

En cuanto a la tercera categorización más prevalente nos encontramos con la categoría “relación enfermera - paciente”, donde la gran mayoría de los profesionales destacan la importancia que tiene establecer un vínculo con el paciente; no obstante, también comentan la dependencia y/o vacío emocional que les crea estar al lado de este tipo de pacientes de manera continua. (Leite, Aparecida y Silva, 2014; Ghaljeh, Iranmanesh, Nayeri, Tirgari y Kalantarri, 2016) Actualmente, se conoce la importancia de la comunicación verbal en nuestro día a día y en todos los ámbitos. No obstante, los profesionales enfermeros también deben de poner en práctica sus habilidades no verbales ya que favorece la comprensión de los sentimientos del paciente, de los familiares e incluso los propios; lo cual es de gran utilidad para establecer el vínculo mencionado. Diversos autores mantienen la teoría que el hecho de establecer esta relación tan personal y cercana con el paciente puede provocar un efecto terapéutico en él. (Ramírez y Muggenburg, 2015)

Con un valor mínimamente por debajo, se observan las necesidades del equipo multidisciplinar, la mayoría de profesionales consideran que existe una carencia a nivel de formación, educación y reflexión sobre cómo ofrecer unos CP de calidad, además de la falta de comunicación entre el propio equipo asistencial. (Strang, Henocho, Danielson, Browall y Melin-Johansson, 2014; da Silva y Chagas, 2011; Coole y Jay Narayanasamy, 2016)

A nivel nacional, la implantación de CP es reciente (20 años), durante este tiempo se ha conseguido desarrollar tanto conocimientos como la implementación idónea de estos cuidados paliativos; no obstante, según el artículo “Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal” (Pérez y Cibanal, 2016) se considera que los conocimientos de las enfermeras de CP se encuentra en un nivel básico, ya que se centra en mayor parte a abordar los cuidados físicos como el dolor y el apoyo familiar.

Otro dato a destacar es el avance en cuanto a la tecnología, que ha provocado un aumento en la esperanza y a un aumento de la prevalencia de las patologías crónicas; esto ha llevado a su vez a una mayor expectativa en cuanto a los CP.

Los profesionales de enfermería deben de ser capaces de abordar esta nueva situación con la mayor competencia y eficiencia posible para poder garantizar que estos cuidados sean individualizados, expertos, holísticos y de gran calidad. Los profesionales de enfermería son conscientes de la necesidad de formarse tanto a nivel disciplinario como emocional y es totalmente necesario participar en cursos sobre nueva tecnología sanitaria, ética clínica y relaciones interpersonales; de esta manera se podrán desarrollar aún más las habilidades para ser capaces de captar aquellas necesidades no tan visibles a primera vista y la capacidad de poder observar la situación desde una perspectiva global.

No obstante, la atención a estos pacientes en situación terminal se basa en un abordaje con carácter totalmente multidisciplinar.

Aun así, actualmente existe una carencia en cuanto a la consolidación de los modelos enfermeros en la práctica diaria ya que la profesionalización de la enfermería es reciente en comparación a otras y todavía se encuentra en periodo de desarrollo, lo que hace que sea más complejo establecer el rol de enfermería.

Además, el hecho de encontrarse a pie de cama de manera continua con personas en situación terminal provoca que los profesionales de enfermería reflexionen sobre la muerte y que intenten hallar esa paz interior emocional, la cual en muchas ocasiones no se consigue como consecuencia del rol de enfermería que tienen y por estar constantemente vinculados al proceso de morir. (Codorniu, Bleda, Alburquerque, Guanter, Adell, García y Barquero, 2011; Vega y Juan, 2011)

Diversos autores consideran que actualmente la muerte se vive en occidente como una situación extraña y que sucede de manera imprevista, además de no estar presente en nuestro día a día. No obstante, los profesionales de enfermería se encuentran a diario con ella; por lo cual se espera mucho de ellos. ¿Pero realmente el profesional de enfermería ha estado preparado para afrontar estas situaciones de manera tan permanente? (Cabrera, Gutiérrez y Merino, 2009)

Actualmente, existe un vacío asistencial en cuanto a las necesidades psicológicas y/o emocionales de los profesionales sanitarios por parte de los servicios que se dedican a la prevención de riesgos laborales, ya que el encontrarse expuesto de manera continua a situaciones terminales acaba provocando sentimientos negativos; por ese motivo debería abordarse a través de un apoyo social.

El Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud definen los factores psicosociales como “interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento”. Esta situación de tensión continua a la cual se encuentran expuestos los profesionales de enfermería puede terminar provocando riesgos psicosociales como es el *burnout* (Cabrera, Gutiérrez y Escobar, 2009; Farrell, 1992; Aldrete, Navarro, González, Contreras y Pérez, 2015). Una buena opción podría ser implementar el uso del programa IRIS, creado por el Dr. José Manuel Párraga, en todas las unidades de CP; el cual consiste en un método de intervención psicológica de cara a los profesionales de la salud para evitar el fenómeno *burnout*. De esta manera la asistencia de calidad hacia estos pacientes estaría totalmente garantizada. (Párraga, 2006)

Tal y como se ha recogido en la literatura la situación psicosocial de los profesionales es sumamente importante para no caer en un estrés crónico que afecte al profesional y a la larga a las atenciones del paciente. No obstante, en la revisión bibliográfica realizada, la demanda del apoyo psicológico por parte de los profesionales, que se encuentra dentro de la categoría de preocupaciones, no ha resultado de los sentimientos más prevalentes expresados por los profesionales de enfermería, de lo cual se puede deducir la falta de consciencia por parte de los profesionales enfermeros de la influencia psicosocial que provoca la constante exposición a los cuidados terminales y el riesgo que esto supone a nivel emocional. (Bam y Naidoo, 2014; Brandão, Costa Rosa, Ramos, Andrade, Da Fonseca y Sauthier; 2014)

Por último, en relación a esta variable, cabe comentar que tanto la divinidad, como los factores negativos de los CP (por ejemplo, sentimientos de los profesionales de que los CP son autolimitantes) han resultado ser las categorías menos prevalentes.

6. CONCLUSIONES

La atención paliativa se introdujo hace relativamente poco tiempo y en los últimos 20 años ha evolucionado mucho el acceso a los CP; aun así, todavía hay muchos países que no tienen esta atención. Además, se ve reflejado en la literatura la diferencia entre los pacientes oncológicos y no oncológicos respecto al control de síntomas y a los recursos ofrecidos relacionados con los CP. En los últimos años, el objetivo ha sido ofrecer CP independientemente de la patología, aunque aún hay un porcentaje elevado de pacientes no oncológicos en situación terminal que no tienen atención paliativa.

Por otro lado, se puede observar que los síntomas más prevalentes en los pacientes en situación terminal son el dolor, la fatiga, la anorexia, la pérdida de peso, el estreñimiento, la ansiedad, la depresión, las náuseas y la disnea. En la literatura se evidencia un mal control de la sintomatología que sufren los pacientes y de necesidades que no están cubiertas, por lo tanto, existen pacientes que no mueren con dignidad y/o que mueren con sufrimiento.

En cuanto a los CP revisados se puede observar que muchos de ellos se complementan con las necesidades que se nombraban en la búsqueda. Las NIC más prevalentes se centran en el apoyo emocional y espiritual, en la escucha activa, en el manejo del dolor y en los demás síntomas, además, en la importancia de la enseñanza tanto al paciente, como a la familia, en cuanto a la patología, su evolución y su seguimiento. Una de las principales habilidades que han de tener los profesionales que trabajan con pacientes en situación terminal es la comunicación.

En referencia a la experiencia de los profesionales se ha obtenido que la mayor parte de los profesionales enfermeros experimentan sentimientos negativos como el dolor, la impotencia o el agotamiento, entre otros; lo cual puede ser el inicio de una situación de *burnout*.

Además, existe una clara demanda por parte de los profesionales de un aumento de personal, recursos y tiempo para poder ofrecer unos cuidados de calidad a los pacientes y esto contribuye a estos sentimientos negativos.

Por otro lado, los profesionales consideran que el vínculo a establecer con el paciente y la familia es fundamental; no bastante, reconocen que es agotador y que sería muy positivo la implantación de un apoyo psicológico/emocional para ellos. Por último, los profesionales también consideran que existe una clara carencia en cuanto a la formación y/o reflexión de los CP y una clara necesidad de compartir sus emociones y experiencias con otros profesionales.

7. IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

La muerte está relacionada con la vida, es una experiencia más. Los profesionales de la salud no pueden evitar la muerte a un paciente que está en situación de últimos días, pero sí que pueden interferir en que el final de vida sea lo más digno posible.

Este estudio muestra las necesidades de los pacientes, los cuidados a realizar y al mismo tiempo, la vivencia de los profesionales enfermeros en relación a este proceso. Al tener las necesidades en Virginia Henderson y los CP en taxonomía NIC esto podría contribuir a crear un plan de cuidados sobre CP. Por otro lado, se evidencia la importancia de que los profesionales que trabajan en este ámbito han de tener capacidad para poder escuchar y comprender las necesidades del paciente. También se evidencia la necesidad de observar al paciente de una manera íntegra, holística y comprendiendo la multidimensionalidad de los síntomas. Por otro lado, se observa que hay falta de formación (especialmente espiritual y emocional), falta de concienciación de los profesionales y falta de tiempo, de personal y recursos. Todo lo mencionado, es un impedimento para la mejora en el acceso a los CP y conlleva a que haya sentimientos negativos entre los profesionales de enfermería, como estrés crónico y/o *burnout*. Este estudio nos concientiza de la realidad sobre los CP y la necesidad que hay en realizar cambios de mejora. La finalidad en los CP es que el paciente tenga el menor sufrimiento posible, que se cumplan sus deseos y que muera con dignidad, para ello, es necesario que los profesionales de enfermería estén formados y sean conscientes de las necesidades que se han de observar y que CP se han de realizar. Del mismo modo, los profesionales sanitarios se han de sentir preparados para asumir el vínculo tan permanente de la muerte y el dolor.

Como aportación a la innovación, este estudio muestra la necesidad de seguir investigando en cuanto a los CP ya que la investigación facilita el reconocimiento del estado actual y el método que se ha de utilizar para mejorarlo. Además, se debe concienciar sobre la importancia de proteger a nivel psicosocial a los profesionales, cuidarlos para que puedan cuidar. Todo lo comentado facilita la evolución en la atención paliativa, de la misma manera que se ha evolucionado hasta ahora.

8. BIBLIOGRAFÍA

Aldrete, R. MG., Navarro, M. C., González, B. R., Contreras, E. MI., y Pérez, A. J. (2015). Psychosocial factors and burnout syndrome in nurses of a unit of tertiary health care. *Cienc Trab*, 17(52).

Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid, España: Alianza Editorial.

BOE. (2010). *Disposiciones generales*. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>

Bulechek, M. G., Butcher, K. H., y McClosey, D. J. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Barcelona, España: Elsevier España.

Burt, J., Shipman, C., Richardson, A., Ream, E., y Addington-Hall, J. (2009). The experiences of older adults in the community dying from cancer and non-cancer causes: a national survey of bereaved relatives. *Age ageing*, 39(1), 86-91.

Bayés, R., Barreto, P., Comas M. D., y Limonero, J. T. (1995). Síntomas percibidos y preocupaciones que generan, en enfermos oncológicos en situación terminal. *Eur J Palliat Care*, 103.

Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., y Wagner, C. (2013). *Nursing interventions classification (NIC)*. St. Louis, MO: Elsevier.

Burt, J., Shipman, C., Richardson, A., Ream, E., y Addington-Hall, J. (2009). The experiences of older adults in the community dying from cancer and non-cancer causes: a national survey of bereaved relatives. *Age ageing*, 39(1), 86-91.

Cabrera, M. M., Gutiérrez, Z. M., y Merino, E. J. (2009). Professional nurse attitude towards the death of patients. *Cienc Enferm*, 15(1): 39-48.

Callahan, D. (2000). Death and research imperative. *The new england journal of medicine*. 342, 654-656.

Codorniu, N., Bleda, M., Alburquerque, E., Guanter, L., Adell, J., García, F., y Barquero, A. (2011). Nursing care in Palliative Care: analysis, consensuses and challenges. *Enferm*, 20 (1-2).

Cubedo, R. (2005). La dependencia de los enfermos terminales: Cuidados profesionales y familiares. *Panorama social*, 2, 72-85.

Cordero, P. M., Romero, S. MI. (2007). Plan de cuidados estandarizados en una Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos. *Inquietudes*, (37): 23-32.

Del Río, I. M., y Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. 32(1).

Devik, S. A., Enmarker, I., Hellzen, O. (2013). When expressions make impressions-nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: a phenomenological-hermeneutic approach to understanding. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 17(8).

Doorenbos, A. Z., Juntasopeepun, P., Eaton, L. H., Rue, T., Hong, E., Coenen, A. (2013). Palliative care nursing interventions in Thailand. *J Transcult Nurs*, 24(4): 332-339.

Farrel, M. A. (1992). A process of mutual support. Establishing a support network for nurses caring for dying patients. *Prof Nurse*, 8(1): 10-12.

Fontoura, G. E., y Santa Rosa, O. D. (2013). Experience of the care of nurses to the person in the process of death. *Enferm*. 22(1-2).

Frank, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.

Gelfman, P. L., Meier, E. D., y Morrison, R. S. (2008). Does palliative care improve quality? A survey of bereaved family members. *Pain and symptom management*, 36(1), 22-28.

Gómez, B. X., Espinosa, J., Porta, S. B., y Benito E. (2010). Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en la fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Med Clin*, 135(2), 83-89.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. País Vasco, España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Hallenbeck, L. J. (2003). *Palliative Care Perspectives*. Nova York, USA: Oxford University Press.

Harmer, B., y Henderson, V. (1955). *Textbook of the principles and practice of nursing*. Nueva York, EEUU: Macmillan.

Hawthorn, M. (2015). The importance of communication in sustaining hope at the end of live. *British Journal of Nursing*, 24(13): 703-705.

Henderson, V. (1960). *ICN's Basic Principles of Nursing Care*. Londres, Reino unido: International Council of Nurses.

Huberman, A. M., y Miles, M. B. (1994). *Data management and analysis methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Huitzi, E. JX., Elorza, P. MI., Urkia, E. JM., Esnaola, H. MV., Asurabarrena, I. C. (2016). Retrospective study of the implementation of the nursing process in the health area. *Latino-Am. Enfermagem*, 21(5): 1049-1053.

Huitzi, E. JX., Elorza, P. MI., Urkia, E. JM., Zubero, L. J., y Zupiria, G. X. (2012). Uso del proceso de enfermería en los centros públicos y privados de un área de salud. *Latino-Am Enfermagem*, 20(5): 1-6.

Husebo, S. (1998). Is there hope, doctor?. *Journal of Palliative Care*, 14(1), 43-48.

Hutchings, D. (2002). Parallels in practice: Palliative nursing practice and Parse's theory of human becoming. *American journal of Hospice & Palliative Care*, 19(6): 408-414.

Kutney-Lee A., Brennan, W. C., y Ersek, M. (2015). Organization of nursing and quality of care for veterans at end of life. *Pain Symptom Manage*, 49(3), 570-577.

Institute of Medicine. (1997). *Approaching dead: Improving care at the end of live*. Washington DC, EEUU: National Academy Press.

Kehl, A. K. (2015). How hospice staff members prepare family caregivers for the patient's final days of life: An exploratory study. *Palliative Medicine*, 29(2), 128-137.

Kübler-Ross, E., Wessler, S., y Avioli, L. V. (1972). On death and dying. *Jama*, 221(2), 174-179.

Lauck, S., Garland, E., Achtem, L., Forman, J., Baumbusch, J., Boone, R., Cheung, A., Ye, J., Wood, D. A., Webb, J. G. (2014). Integrating a palliative approach in a transcatheter heart valve program: bridging innovations in the management of severe aortic stenosis and best end-of-life practice. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 13(2): 177-184.

Lopera B. (2015). Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function. *Invest. Educ. Enferm.*, 33(2), 297-304.

López, P. M., Santos, R. S., Varez, P. S., Abril, S. D., Rocabert, L. M., Ruiz M. M., y Mañé, B. N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clin*, 16(4): 218-212.

McNamara, B., Rosenwax, K. L., y Holman, J. D. (2006). A method for defining and estimating the palliative care population. *Pain and symptom management*, 32(1), 5-12.

Miaja, M., y De la rubia, J.M., (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes sistemáticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130.

Ministerio de Sanidad, Política, Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, España: Centro de publicaciones.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2001). *Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo*. Madrid, España: Centro de Publicaciones.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones*. Madrid, España: Centro de Publicaciones.

Miranda, L. FJ., León, C. RA., Moreno, R. M. (2013). La conspiración de silencio: descripción de un caso clínico. *Rev Paraninfo Digital*, 7(19).

Muñoz, T. A. (2015). ¿Qué elementos debemos incluir en el proceso de muerte digna visualizados en el estudio de un caso clínico en una residencia de mayores?. *Rev Paraninfo Digital*, 22.

Murray, A, S., y Sheikh, A. (2008). Care for all the end of life. *BMJ*, 336(7650), 958-995.

Namasivayam, P., Lee, S., O'Connor, M., Barnett, T. (2014). Caring for families of the terminally ill in Malaysia from palliative care nurses' perspectives. *J Clin Nurs*, 23 (1-2): 173-180.

OMS. (2015) *Cuidados paliativos*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>

OMS. (2016). *La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>

Oviedo, S. J., Parra, F. M., y Marquina, V. M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería global*, 8(1).

Párraga, S. JM. (2006). Eficacia de una intervención psicológica para reducir el síndrome de burnout en profesionales sanitarios. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 27(32): 32-41.

Piderman, M. K., Kung, S., Jenkins, M. S., Euerle, T. T., Yoder, J. T., Kwete, M. G., y Lapid, I. M. (2015). Respecting the Spiritual Side of Advanced Cancer Care: a Systematic Review. *Curr Oncol Rep*, 17(6).

Pidgeon, T., Johnson, C. E., Currow, D., Yates, P., Banfield, M., Lester, L., Allingham, S. F., Bird, S., y Eagar, K. (2016). A survey of patients' experience of pain and other symptoms while receiving care from palliative care services. *BMJ Support Palliat Care*, 6(3): 315-322.

Potter, J., Hami, F., Bryan T., y Quigley, C. (2003). Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliat Med*, 17: 310-314.

Ramírez, P., y Muggenburg, C. (2015). Relações pessoais entre a enfermagem e o paciente. *Enfermería Universitaria*, 12(3): 134-143.

Rocker, G., Downar J., y Morrison, S. (2016). Palliative care for chronic illness: driving change. *CMAJ*, 1-6.

SECPAL. (2014). *Guía de Cuidados Paliativos*. Recuperado de <http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>

Seya, MJ., Gelders, S., Uzoma, A. O., Milani, B., y Karel, S. W. (2010). A first comparison between the consumption of and need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25(1): 6-18.

Skilbeck, J., y Payne, S. (2003). Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5): 521-530.

Solano, P. S., Gomes, B., y Higginson, J. I. (2005). A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. *JPSM*, 31(1): 58-69.

Vega, P. ME., y Juan, C. L. (2011). Perspective from the nurse to the terminal cancer patient in Tampico, Tamaulipas, Mexico. *Cultura de cuidados*, (30).

Vilches, S. L. (2000). Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educación superior. *Psicología de la Universidad de Chile*, 9(1), 91-103.

Watchholtz, B. A., Fitch, E. C., Makowski M. D., y Tjia, M. D. (2017). A comprehensive Approach to the Patient at End of Life: Assessment of Multidimensional Suffering. *South Med J*, 109(4): 200-206.

Woitha, K., Garralda, E., Martin, M. JM., Clarck, C., y Centeno, C. (2016). Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union. *JPSM*, 53(3): 370-377.

9. ANEXOS

ANEXO 1

Negación/Aislamiento: Dificultad para ser consciente de la realidad de la patología y rechazo hacia esta, además de atribuir la situación a errores tanto médicos como diagnósticos.

Ira: Emoción de enfado, rabia y malestar con todo el entorno que es considerado como sano o bien, que se cree que en parte es responsable de la situación patológica; en algunas ocasiones esta ira va dirigido contra la propia persona por haber realizado en el pasado algún tipo de conducta de riesgo.

Pacto/negociación: Se establece cuando se va asumiendo de manera progresiva la sensación de culpa hacia si mismo o bien hacia aquellos que había dirigido su ira anteriormente.

Depresión: Sentimientos tanto de vacío como de dolor que acaban provocando en muchas ocasiones un cese por parte del paciente en cuanto al tratamiento terapéutico.

Aceptación: Asumir la situación en la que se encuentra sin tener que culpar a otros y por lo tanto, reconocer las posibles limitaciones que eso conlleva; no obstante la actitud suele ser luchadora y no derrotista.

(Kübler-Ross, 1972; Miaja & Moral, 2013)

ANEXO 2

Variables					
Artículo 1 (Referencia)	Necesidades del paciente		Intervenciones enfermeras		
	¿Modelo Virginia Henderson?		¿Uso de la NIC?		
	Sí	No	Sí	No	
	Necesidades	¿Otro modelo? ¿Cuál?	¿Qué NIC?	¿Qué intervenciones nombra?	
	Respiración				
	Comida y bebida				
	Eliminaciones				
	Movimiento				
	Reposo y sueño				
	Vestirse				
	Temperatura corporal		¿Qué necesidades se valoran?		
	Limpieza corporal				
	Seguridad del entorno				
	Comunicación				
	Creencias y valores				
Trabajo					
Ocio					
Aprendizaje					

Variables				
Experiencia en enfermería	Patología		País del autor	Año de publicación
Categorización según lo encontrado	¿Uso de la clasificación de McNamara?			
	Sí	No		
	Cáncer	Otras		
		No se menciona		
	Insuf. Cardiaca			
	Insuf. Renal			
	Insuf. Hepática			
	EPOC			
	Esclerosis múltiple			
	Parkinson			
	Huntington			
	Alzheimer			
	VIH/SIDA			

ANEXO 3

Diciembre 2016						
L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Enero 2017						
L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					















Febrero 2017						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					

Marzo 2017						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Abril 2017						
L	M	X	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Mayo 2017						
L	M	X	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Junio 2017						
L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

-  Revisión de la literatura sobre el tema (durante todo el TFG I)
-  Tutorías
-  Elaboración de la introducción y de los objetivos
-  Elaboración de la metodología I
-  Revisión de introducción, objetivos y metodología
-  Entrega de memoria de seguimiento TFG I
-  Defensa oral TFG I
-  Búsqueda sistemática de la bibliografía y selección de artículos (durante todo el TFG II)
-  Elaboración de la metodología II
-  Análisis de los resultados
-  Realización de conclusión y discusión
-  Revisión total del TFG
-  Entrega de memoria de seguimiento TFG II
-  Defensa oral TFG II

ANEXO 4

NECESIDADES. Pubmed

Artículo	¿Necesidades de Henderson?	¿Otra teoría? ¿Cuál?	Aspectos a tener en cuenta	Resumen
Larsson, A., y Wijk H. (2007). Patient experiences of pain and pain management at the end of life: a pilot study. <i>Pain Manag Nurs</i> , 8(1):12-6.	No	Parse	Seguridad: Dolor	Se realiza el manejo del dolor en pacientes con cáncer y evalúan su evolución a partir de la teoría de Parse. El manejo se realiza con una bomba exterior dando la oportunidad al paciente de tomar el control de su vida. Se observa la contrariedad de necesitar explicar y a la vez ocultar a su familia el dolor que padecen, además, se observa cómo mejorar su calidad de vida y su salud al manejar el dolor. A partir del manejo, pueden realizar diferentes actividades y aumenta su seguridad. Relacionaron educación, información y apoyo del dolor con seguridad, significado y control. Se ve claramente la necesidad y la importancia que tiene el paciente de expresar el dolor para manejarlo adecuadamente.
Bunkers, S. S. (2007). The experience of feeling unsure for women at end-of-life. <i>Nurs Sci Q</i> , 20(1):56-63.	No	Parse	Seguridad: (Inseguridad/ Miedo / Ansiedad/ Dolor emocional/ Enfado/ Tristeza) Comunicación: (Preocupación por la familia)	La inseguridad está relacionada con la incertidumbre en una enfermedad. El miedo y la aprensión forman parte de la vida cotidiana de los pacientes terminales. El estudio se realiza a mujeres que están en proceso terminal. Sally (tumor cerebral) expresa miedo e inseguridad por sentir no tener control. Janice (cáncer terminal) inseguridad por no saber qué pasará y por su hijo, ansiedad. Susan (cáncer de pulmón metastásico) habla sobre la inseguridad de saber cómo evoluciona el cáncer y el dolor al despedirse de su familia. Comenta que hay diferentes motivos que causan la inseguridad: sentirse inseguro por lo conocido y lo desconocido, por el proceso de vivir-morir y por las penas íntimas (dolor por separación de la familia). Mejorar la atención mejora la calidad de vida y la disminución de la inseguridad.

Artículo	¿Necesidades de Henderson?	¿Otra teoría? ¿Cuál?	Aspectos a tener en cuenta	Resumen
Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., y Bolmsjö, I. (2014). Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. <i>Pain Manag Nurs</i> ,15(1):315-23.	No	No	Seguridad: (Dolor / Sufrimiento/ confusión, aumento riesgo de caídas/ Ansiedad) Eliminación: (Efectos secundarios(estreñimiento))	El estudio es sobre la experiencia de enfermeras tratando con el dolor de pacientes con demencia en estado terminal. Hablan sobre la dificultad de su control y dilemas éticos sobre alargar el sufrimiento, la dificultad de comprender al paciente. Las enfermeras comentan que se puede aliviar el dolor sin fármacos, acercándose al paciente, con el tacto, con experiencias sensitivas o gustativas. Las enfermeras sentían a veces sentimientos de frustración e impotencia.
Yamagishi, A., Morita, T., Miyashita, M., Igarashi, A., Akiyama, M., Akizuki, N., Shirahige, Y., y Eguchi, K. (2012). Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. <i>J Pain Symptom Manage</i> , 43(3):503-14.	No	No	Seguridad: (Dolor/ angustia emocional, ansiedad, miedo, depresión.)/ malestar físico Movilidad: fatiga. Eliminación: síntomas gastrointestinales, Comer y beber: pérdida de apetito, náuseas) Autorrealización: sentirse una carga, dependencia de los demás, desesperanza. Creencias y valores: (incertidumbre/ preocupaciones por difusión del cáncer o por el futuro, final de la vida)	Pacientes con cáncer evalúan dolor, calidad de vida. 60% de los pacientes expresaba dolor moderado a severo. La mayoría sentían dolor y que eran una carga para los demás, aunque no fueran dependientes. La progresión de la enfermedad aumenta los síntomas y las necesidades.

<p>Mehta, A., Cohen, S. R., Ezer, H., Carnevale, F. A., y Ducharme, F. (2011). Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers. <i>Oncol Nurs Forum</i>, 38(1):37-45.</p>	No	No	<p>Seguridad: dolor Eliminación: estreñimiento</p>	<p>Se realiza una entrevista a cuidadores de pacientes con cáncer que sufren dolor. Pueden tener diferentes tipos de dolor diferentes y en diferentes sitios, también producidos por diferentes motivos. Los cuidadores combinaron tratamiento farmacológico y no. Las enfermeras deben evaluar si los cuidadores saben reconocer bien los diferentes tipos de dolor y mostrar apoyo para aliviar o quitar el dolor.</p>
<p>Bernardi, M., Catania, G., y Tridello, G (2007). Knowledge and Attitudes About Cancer. <i>Pain Management. Cancer Nurs</i>, 30(2):20-6.</p>	No	No	<p>Seguridad: dolor</p>	<p>Hasta el 77% de personas que sufren cáncer avanzado manifiestan severo dolor y que no estén bien tratados 40%. Además, enfermería sigue careciendo de conocimientos sobre el dolor y ello trata respuestas negativas al tratamiento del dolor en el cáncer. También se produce una subestimación del dolor.</p>
<p>Lai, Y. L., Chan, C. W., y López, V. (2007). Perceptions of Dyspnea and Helpful Interventions During the Advanced Stage of Lung Cancer. <i>Cancer Nurs</i>, 30(2):1-8.</p>	No	No	<p>Respirar: Disnea, tos. Seguridad: dolor, pensamientos suicidas, sufrimiento, miedo. Movilización: fatiga, inmovilidad Comer: Pérdida de la habilidad de tragar y masticar (disfagia) Autorrealización: percepciones de carga a la familia, desesperanza Creencias /valores: percepciones de la muerte</p>	<p>El 90% de los pacientes que sufren cáncer de pulmón manifiesta algún grado de disnea. Los pacientes comentan que prefieren experimentar dolor que la disnea. Afecta a la vida diaria y al final los pacientes recurren a estar en la cama. Incluso algunos de los participantes mencionaron el deseo de morir. También provoca que disminuya las actividades físicas, psicológicas y sociales - la comunicación. El apoyo familiar era muy positivo para el afrontamiento. Expresaron que les faltaba información por parte de enfermería.</p>

NECESIDADES. Scielo

Artículo	¿Necesidades de Henderson?	¿Otra teoría? ¿Cuál?	Aspectos a tener en cuenta	Resumen
Braz, E. C., Limeira, L., ME., Geraldo da, C. SF., Silva, A. FM., Souza, B. PS., y Célia, O. R. (2016). Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. <i>Escola Anna Nery</i> , 20(1), 176-182.	No	No	Comunicación: apoyo familiar, amor Creencias: fe, creencia necesidades espirituales, relacionado o no con práctica religiosa, visitas religiosas, sentirse en paz consigo mismo. Autorrealización: desesperanza. Seguridad: angustia.	Resumen en CP
Da Silva, M. M., Orineu, E. L., Chagas, M. M., Da Silva, J. A., Da Costa, M. S., y Faria, C. J. (2013). Perfil de diagnósticos de enfermería en un hospital brasileño especializado en cuidados paliativos. <i>Ciencia y enfermería</i> , 19(1): 49-59.	No	NANDA	Déficit de autocuidado 84.6% Movilidad: física perjudicada, fatiga. Limpieza: Riesgo de la integridad de la piel y sin riesgo, mucosa oral perjudicada Seguridad: riesgo de infección, dolor, protección ineficaz, riesgo de caídas. Comer: nutrición alterada: inferior. riesgo de aspiración. (disfagia, náuseas) deglución perjudicada. Eliminación: constipación.	Registros de enfermería en pacientes oncológicos terminales. El diagnóstico más frecuente es el déficit de autocuidado.

NECESIDADES. Cuidatge

Artículo	¿Necesidades de Henderson?	¿Otra teoría? ¿Cuál?	Aspectos a tener en cuenta	Resumen
Cordero, P. M., y Romero, S. MI. (2007). Plan de cuidados estandarizados en una Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos. <i>Inquietudes</i> , (37): 23-32.	No	Nanda	Seguridad: ansiedad ante la muerte, temor, cansancio rol del cuidador, manejo inefectivo del régimen terapéutico dolor. Creencias y valores: aprensión, preocupación o miedo relacionado con la muerte o con la agonía. Comunicación: afrontamiento inefectivo. Comida: desequilibrio nutricional por defecto, riesgo de aspiración. Limpieza: Deterioro de la integridad cutánea.	Plan de cuidados realizados pacientes oncológicos y a su familia.
Kouch, M. (2007). Control de los síntomas para una "buena muerte". <i>Nursing</i> , 25(9):28-33.	No	No	Seguridad: dolor Movilidad: fatiga Problemas gastrointestinales Eliminación: estreñimiento. Comer: náuseas. Respirar: disnea	Se plantea un caso de una paciente con cáncer se analizan los síntomas y se plantean cómo abordarlos.
García, N. EB., Pérez, E. R., y García, N. S. (2008). Me llamo Dominga. Relato de una mujer en fase terminal. <i>12(24): 88-93.</i>	No	No	Comunicación: preocupaciones por la familia, falta de comunicación profunda con su	Un caso real de una mujer con cáncer, para comprender su vivencia en final de vida, sufrimiento, y cómo mejorar su calidad de vida. En un principio quería que la sedaran para no sufrir, pero cuando llegó el momento no quiso para poder

			núcleo social, sentimiento de soledad. Seguridad: dolor emocional, temor al sufrimiento y dolor. Creencia/religión: incertidumbre, apoyo espiritual Movilidad: fatiga Limpieza: úlcera por presión Comida: náuseas y vómitos.	disfrutar los últimos momentos de su familia. No le faltó en ningún momento la sonrisa y el agradecimiento.
Cordero, P. M., y Romero, S. IM. (2008). Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. <i>Nurse Investigación</i> , 1:35.	No	Nanda	Comida: riesgo/déficit de volumen de líquidos. Seguridad: dolor Movilidad: intolerancia a la actividad, deterioro de la movilidad física Eliminación: estreñimiento, deterioro del autocuidado: uso del WC.	Realización de un protocolo relacionado con el estreñimiento en pacientes oncológicos terminales, el estreñimiento está relacionado con diferentes diagnósticos.
Delgado, S. D., Juárez, V. R., Pellicer, G. B., Redondo, C. LC., Ramon, A. E., López, M. I. et al (2014) Actuación de enfermería ante el cuidado físico en el paciente terminal. <i>Rev Enferm</i> , 37(11): 18-25.	Sí	No	Respirar: Disnea y tos. Comida: disfagia Movilidad: cambio postural. Seguridad: Dolor Limpieza: riesgo piel. Temperatura: presentar fiebre Eliminación: diarrea Reposo: insomnio	

NECESIDADES. Cuiden

Artículo	¿Necesidades de Henderson?	¿Otra teoría? ¿Cuál?	Aspectos a tener en cuenta	Resumen
<p>Alves, C. GD., Carneiro, A. C., Ribeiro, S. S., Costa, V. S., y Pereira, A. A. (2014). Spiritual needs of patients in terminality: experience of nurse assistances. <i>J Nurs</i>, 8(4): 808-813.</p>	No	No	<p>Creencias: Abordar la dimensión de la espiritualidad (el interior del cuerpo), conocer las creencias religiosas. Abordar necesidades espirituales - valorar creencia (entender cómo influye en el paciente y su calidad de vida, orar. actividades religiosas (cirugía espiritual, meditación, visitas religiosas, adoración, servicios religiosos</p> <p>Comunicación: apoyo emocional.</p> <p>Autorrealización: (fortalecer la esperanza y suavizar los síntomas, captar las necesidades, mejora relación profesional</p> <p>Seguridad: disminución ansiedad, disposición, sensibilidad, morir con dignidad, confort en todos los ámbitos .</p>	<p>Estudio que evalúa las necesidades espirituales a partir de entrevistas a enfermería.</p> <p>La espiritualidad ayuda al paciente a superar los tiempos difíciles y para la aceptación y darle significado a la vida. Las actividades religiosas se pueden ver como forma de tratamiento. La práctica religiosa es parte de la espiritualidad del individuo y a veces está restringida esta necesidad. Ayuda a comprender la muerte.</p>
<p>Muñoz, T. A. (2015). ¿Qué elementos debemos incluir en el proceso de muerte digna visualizados en el estudio de un caso clínico en una residencia de mayores?. <i>Rev Paraninfo Digital</i>, 22.</p>	Sí	No	<p>Limpieza: riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>Comida: totalmente dependiente. imposible deglución</p> <p>Eliminación: estreñimiento, incontinencia doble, portadora de sonda vesical y pañal, grave estreñimiento.</p> <p>Movilidad: Deterioro de la movilidad física. Barthel de 0, dependiente para todas las A.B.V.D. Inmovilidad en cama. Precisa de cambios posturales estrictos.</p> <p>Reposo/sueño: precisa de medicación.</p> <p>Limpieza: dependiente para esta actividad. Precisa colchón antiescaras y U.P.P en talones de 1º grado.</p>	<p>Ejemplo de un caso de un paciente geriátrico que sufre meningioma sin posibilidad de operación.</p>

			<p>Comunicación: sordera bilateral y afasia.</p> <p>Tras un empeoramiento del estado general, graves crisis comiciales, nula comunicación y estado comatoso, con el consentimiento de la familia se procede a una sedación terminal, afasia, inmovilidad.</p>	
Miranda, L. FJ., León, C. RA., Moreno, R. M. (2013). La conspiración de silencio: descripción de un caso clínico. <i>Rev Paraninfo Digital</i> , 7(19).	Sí	No	<p>Respirar: disnea, tos y mucosidad, discretos edemas en ambas extremidades.</p> <p>Comida: inapetencia, no pérdida de piezas dentales. náuseas y vómitos</p> <p>Eliminación: pañal por pequeñas pérdidas de orina</p> <p>Movilidad: suplencia parcial para las actividades diarias, problemas de movilidad y limitación de la funcionalidad</p> <p>Reposo: presenta interrupciones del sueño y problemas en el descanso/relajación.</p> <p>Vestirse: dependencia para vestirse/acicalarse.</p> <p>Limpieza: Dependiente para bañarse/asearse.</p> <p>Seguridad: Problemas del equilibrio. Inestabilidad, déficit de autocuidados.</p> <p>Comunicarse: Comienza a ser dependiente, expresa sentimientos de sentirse sola y se detecta un conflicto familiar (siente que es engañada).</p> <p>Creencia: Ansiedad, depresión y tristeza prolongada.</p> <p>Ocio: incapaz de mantener ocio habitual. Aprender: Falta de conocimientos.</p> <p>Ansiedad ante la muerte Conocimientos deficientes Familia: conflicto de intereses</p>	Resumen en CP

NECESIDADES. Cinahl

Artículo	¿Necesidades de Henderson?	¿Otra teoría? ¿Cuál?	Aspectos a mejorar	Resumen
Yamaguchi, T., Morita, T., Shinjo, T., Inoue, S., Takigawa, C., Aruga, E., Tani, K., Hara, T., Tamura, Y., Suga, A. Adachi, S., Katayama, H., Osaka, I., Saito, Y., Nakajima, N., Higashiguchi, T., Hayashi, T., Okabe, T., Kohara, H., Tamaki, T., et al. (2012). Effect of Parenteral Hydration Therapy Based on the Japanese National Clinical Guideline on Quality of Life, Discomfort, and Symptom Intensity in Patients With Advanced Cancer. <i>J Pain Symptom Manage</i> ,43(6): 1001-1012.	No	No	Comida: disminución de la ingesta oral. náuseas, vómitos, secreciones bronquiales. Eliminación: obstrucción intestinal, retención de líquidos Seguridad: dolor, delirium Movilidad: fatiga Respirar: falta de respiración. Reposo: Somnolencia	Estudio donde se evalúan los síntomas y la eficacia de la hidratación parenteral en pacientes con cáncer avanzado.
Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Mardani, H. M., y Tahmasebi, M. (2014). Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain. <i>Int J Palliat Nurs</i> , 20(2): 69-74.	No	No	Seguridad: dolor, angustia, dolor emocional, sufrimiento, tristeza/ rabia, estrés, querer morir a causa del sufrimiento. Comunicación: necesidad de hablar, necesitan apoyo emocional. Eliminación: estreñimiento	Artículo que habla sobre la opinión de enfermería en el manejo del dolor en pacientes con cáncer. Comentan que no siempre es necesario administrar opioides, que avece los pacientes solo necesitan hablar. Además, los fármacos tienen efectos secundarios. El dolor afecta a su calidad de vida y a sus emociones. Tiene efectos psicológicos.

Holmdahl, S. SS. y Imoni, RM. (2014). Parenteral nutrition in home-based palliative care: Swedish district nurses experiences. <i>Scand J Caring Sci</i> , 28(1): 89-96.	No	No	Comida: nutrición parenteral, alarga la vida del paciente y la estancia del paciente. Negativamente, aumentan las Náuseas, disminuye el bienestar. Reposo: Alteración del sueño. Seguridad: no querer vivir más. Autorrealización: fin de esperanza.	Estudio que se centra en las necesidades de los pacientes con nutrición parenteral a partir de la opinión de enfermería. Las enfermeras comentan que en algunos casos ellas no toman la decisión y se sienten solas en la elección de la nutrición parenteral. En algunos casos relacionen el paro de infusión con la pérdida de esperanza.
Luxardo, N., Vindrola, P. C., y Tripodoro, V. (2014). Palliative Care Staff Perspectives. <i>J Hosp Palliat Nurs</i> , 16(3): 165-172.	No	No	Seguridad: dolor, angustia y sufrimiento de los pacientes Creencias: problemas emocionales y espirituales (paz consigo mismos o con Dios) morir en paz. Los últimos deseos. religión. Comunicación: no tener apoyo familiar. cuidado familiar. poder arreglar problemas anteriores Autorrealización: entender lo que está sucediendo y estar a cargo de procesos de toma de decisiones. Morir en casa con la familia. Correcto medio ambiente.	Los profesionales dan su punto de vista sobre morir bien o mal. Normalmente la mala muerte la definían a partir de síntomas emocionales y espirituales y no físicos. Los malos ejemplos de muerte se relacionaban con sufrimiento espiritual o existencial. La espiritualidad les ayuda a dar sentido a la vida y aceptar la muerte. Algunas de las frustraciones por los profesionales es no poder manejar el dolor o las preocupaciones existenciales.
Alici, Y., Smith, D., Lu, HL., Bailey, A., Shreve, S., Rosenfeld, K., Ritchie, C., y Casarett, DJ. (2010). Families' Perceptions of Veterans' Distress Due to Post-Traumatic Stress Disorder-Related Symptoms at the End of Life. <i>J Pain Symptom Manage</i> , 39(3): 507-514.	No	No	Seguridad: estrés post-traumático, incomodidad, depresión, ansiedad, angustia, dolor emocional, dolor Respirar: disnea Comunicación: la familia manifiesta menor satisfacción.	Analizan los síntomas y el estrés post-traumático de los pacientes en final de vida. El Estrés PT es común al final de vida, pero el dolor está más relacionado con la incomodidad. Los pacientes que tenían disnea era más común que sintieran EPT.

McCabe, M. P., Mellor, D., Davinson, T. E., Hallford, D. J., y Goldhammer, D. L. (2012). Detecting and Managing Depressed Patients: Palliative Care Nurses' Self-Efficacy and Perceived Barriers to Care. <i>J Palliat Med</i> , 15(4): 463-467.	No	No	Seguridad: depresión: Movilidad: fatiga, Reposo: trastornos de sueño. Comida: falta de apetito	Un estudio que analiza la depresión en los pacientes terminales. En el estudio se visualizó una falta de conocimientos y confusión entre dolor emocional y depresión.
Jacks, J. L., y Nelson, J. P. (2007). A theory of nonphysical suffering and trust in hospice patients. <i>Qual Health res</i> , 17(5): 675-689.	No	No	Autorrealización: desesperanza, pérdidas relacionadas con la patología, no confianza en sí mismo, vulnerabilidad. Seguridad: angustia, ira, depresión, dolor emocional. Creencias: cuestionar creencias, significado de la vida, incertidumbre.	Los participantes del estudio 10 tienen cáncer, 3 IC, EPOC terminal y dos esclerosis múltiple. Hablan de sus experiencias durante el proceso de final de vida. Definen el sufrimiento como el conjunto de cosas que te suceden y de una temporalidad constante.
Uttendorfsky, I. (2008). Seeking refuge from the storm. <i>Nursing</i> , 38(5): 42-43.	No	No	Comunicación: preocupaciones por la familia, necesidad de apoyo emocional. Seguridad: miedo, ira, tristeza. Creencias: incertidumbre, Creencias religiosas, sentimiento de injusticia. Busca sentirse en paz.	Experiencia de una enfermera que habla sobre un caso en concreto de una paciente que sufría de cáncer de pulmón y estaba en proceso de final de vida.

EXPERIENCIA. Pubmed

Artículo	¿A qué patología hace referencia?	Temas nombrados/ideas expresadas	Resumen
<p>Ghaljeh, M., Iranmanesh, S., Nayeri, ND., Tirgari, B., y Kalantarri, B. (2016). Compassion and care at the end of life: oncology nurses' experiences in South-East Iran. International Journal of Palliative Nursing, 22 (12): 588-597.</p>	<p>Oncología</p>	<p><u>TEMAS:</u> El paciente es una única persona, con el cual se produce un desarrollo con los profesionales enfermeros tanto a nivel personal como profesional como consecuencia del vínculo que se establece entre enfermera-paciente.</p> <p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Es una experiencia tanto positiva como negativa • Aumento del estrés y agotamiento por parte de las enfermeras como consecuencia a las situaciones que deben de vivir • Las enfermeras se replantean sus actitudes hacia la vida y la muerte • La cultura y religión del paciente es importante , ya que marca su personalidad cuando se acerca la muerte • Se sienten mal por no poder hacer nada • Los CP dan buena calidad de vida a los pacientes paliativos • Establecer un vínculo con el paciente es lo mejor para cubrir sus necesidades y dar una muerte digna • El vínculo es mayor si el paciente y la enfermera tienen la misma edad 	<p>Se realizan entrevistas semiestructuradas a 10 enfermeras que tenían como mínimo 5 años de experiencia y aprox. 30 años de edad, las cuales trabajaban en la unidad de cuidados paliativos con pacientes oncológicos en Irán. Existe una frustración generalizada por parte de las enfermeras como causa de las barreras o las desigualdades en el sistema sanitario que afecta a los CP.</p> <p>En el artículo también se comenta la diferente visión que se puede tener en cuanto a los CP dependiendo de la cultura de la que se proceda, ya que a raíz de esto se tiene una u otra visión sobre los cuidados a pacientes en situación terminal.</p> <p>Los resultados obtenidos mostraron que factores como la edad del paciente, el período de hospitalización y el número de hospitalizaciones afectan al grado de cercanía en las relaciones de enfermería con los pacientes; las enfermeras deben de ser capaces de compartir sus historias con ellos para establecer esa cercanía.</p> <p>El artículo concluye comentando que las enfermeras han aprendido a trabajar en un</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia emocional y vacío emocional tras la muerte • Disminución del miedo a la muerte y aumenta la aceptación • Las enfermeras son más amables, menos agresivas, ayudan más a la gente, más pacientes • Sienten mayor crecimiento profesional • Los CP son un cuidado físico y aún más psicológico • Preocupación por la salud de sus familiar y de ellas mismas • Desmotivación; menor rendimiento laboral • Carga de trabajo y poco tiempo 	<p>ambiente desafiante de manera continua, lo cual les resulta desmotivador, además de existir una falta de conocimientos de los CP por parte de las enfermeras iraníes.</p>
<p>Johnston, B., Coole, C., y Jay, N. M. (2016). An end-of-life care nurse service for people with COPD and heart failure: stakeholders' experiences. <i>Int J Palliat Nurs</i>, 22 (11): 549-559.</p>	<p>EPOC e insuficiencia cardíaca</p>	<p><u>TEMAS:</u> Experiencias en cuanto a la gestión en pacientes con problemas cardiorrespiratorios, el servicio de enfermeras, la relación que se establece, la fragmentación y la integración.</p> <p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Frustración al no disponer de este servicio paliativo de patología respiratorias en todas las unidades de la ciudad. 	<p>El artículo habla sobre el servicio de CP a personas que tienen una patología respiratoria terminal (muerte en los próximos 12 meses) donde se evaluarán las necesidades de estos, información sobre el proceso de la patología y la medicación, asesoramiento para poder controlar los síntomas, apoyo psicológico tanto para el paciente como para el cuidador.</p> <p>En este estudio se recogieron las experiencias de los pacientes, familiares y profesionales a través de entrevistas semiestructuradas con dos grupos de participantes; unos relacionados directamente con el caso y los otros no (ej. médicos de familia, enfermeras comunitarias...). Se realizaron un total de 28 entrevistas, a partir de las cuales se obtuvo que</p>

			la mayoría de los pacientes y de los cuidadores tenían limitaciones de como manejar el EPOC. El artículo remarca la importancia que tiene el vínculo que se establece entre las enfermeras, los pacientes y los familiares/cuidadores.
Nokwanda, E.B., y Joanne, R.N. (2014). Nurses experiences in palliative care of terminally-ill HIV patients in a level 1 district hospital. <i>Curationis</i> , 37(1).	Enfermedades terminales relacionadas con el VIH	<p><u>TEMAS:</u> el sistema de redes sociales; Factores que obstaculizan la provisión de atención de calidad para los enfermos terminales; Y mecanismos para ajustar a la atención terminal.</p> <p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobrecarga de trabajo, el personal es poco o justo ▪ Han aprendido sobre cómo cuidar cuando En ocasiones previas el paciente era un familiar y han tenido que desempeñar su función de enfermeras ▪ Sentimientos positivos como la alegría ▪ Aumento de la conciencia de la muerte; lo cual proporciona una autoayuda a la propia enfermera ▪ En ocasiones no saben cómo ayudar a los pacientes ▪ En algunos momentos necesitan hablar con sus compañeros para liberar tensiones sobre las situaciones del día ▪ Trabajar en equipo es mucho más fácil y satisfactorio ▪ Se sienten abrumadas y agotadas 	<p>La mayoría de la población sudafricana no está cubierta por el sistema de salud, donde la tasa más elevada por muerte del VIH se encuentra en KwaZulu-Natal con un 14% y aún y así no se han realizado apenas investigaciones relacionadas con los CP. El estudio pretende describir las experiencias vividas por las enfermeras encargadas de cuidar a estos pacientes terminales relacionados con el VIH, lo cual provoca un impacto en la vida de las enfermeras.</p> <p>Se seleccionaron a 10 enfermeras, las cuales tenían que tener como mínimo un año de experiencia en el cuidado de este tipo de pacientes, a raíz de las cuales se obtuvo que en muchas ocasiones las enfermeras se encontraban con barreras que les dificultaban ofrecer los CP adecuados a sus pacientes. No obstante, seguían teniendo el objetivo de dar una mejor calidad de cuidados a sus pacientes en situación terminal.</p> <p>La educación moral a las enfermeras es del todo necesaria para el desarrollo personal de estas y para satisfacer aquellas necesidades</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sería útil un apoyo psicológico para enfermería para poder drenar de manera adecuada todos los sentimientos que conlleva el cuidar durante años a personas en situación paliativas ▪ Cuidar a pacientes con VIH es autolimitante y monótono (las infecciones son muy comunes) ya que siempre es el mismo tratamiento, no pueden crecer profesionalmente ▪ Se percibe la muerte como una rutina ▪ Comprenden más el dolor y controlan mejor los síntomas ▪ Cuidan a los pacientes como les gustaría que les cuidasen 	<p>que únicamente se encuentran en pacientes paliativos.</p> <p>Dentro de los equipos de cuidados paliativos y los equipos interdisciplinarios, los participantes crearon relaciones de apoyo mutuo y utilizaron el humor, el amor y la oración para contribuir positivamente a los retos de cuidar a los pacientes con VIH para lograr resultados de calidad.</p> <p>El artículo obtiene como conclusión que sería conveniente desarrollar las habilidades para favorecer las intervenciones clínicas; las instituciones deberían intentar disminuir la carga de trabajo y proporcionar más tiempo a las enfermeras para que estas puedan pasar más tiempo con los pacientes y puedan escucharles, proporcionando una atención psicosocial y no solo física.</p>
<p>Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M. y Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death nurses' reflections on content, process and meaning. <i>Psycho-Oncology</i>, 23: 262-568.</p>	<p>No hace mención</p>	<p><u>TEMAS:</u> Vida y muerte, relaciones, abrir conversaciones, estar presente y complaciente, ser sensible y confirmar, usar palabras y el silencio. Sentirse honrado y ser profesional. Estar agobiado y requisitos previos externos.</p> <p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las enfermeras se sienten responsables del bienestar de la familia del paciente ▪ Se sienten responsables de establecer las conversaciones existenciales entre paciente-familia 	<p>Cuando existe la situación de un paciente terminal se establece un vínculo con la enfermera para hablar de la patología y de muerte de manera clara (temas existenciales), las profesionales consideran fundamental tener ese tiempo para poder hablar con los pacientes, por lo tanto deben estar formadas para sentirse capaz de abordar estas situaciones espirituales, lo cual muchas veces ellas no se sienten así.</p> <p>El objetivo del estudio fue describir las reflexiones de los enfermeros sobre las</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sentían “agredidas” cuando los sentimientos del paciente estallaban contra ellas por el hecho de estar muriéndose ▪ Creen que en algunas ocasiones debían de saber ver cuando el paciente no quiere hablar ▪ Consideran que las buenas habilidades a la hora de mantener conversaciones con el pacientes son muy importantes ▪ Sienten que su trabajo es significativo ▪ Se plantearon su vida y no se quejaban de cosas triviales ▪ Se sienten agradecidas y satisfechas por su trabajo ▪ Tienen menos miedo a morir o ponerse enfermas ▪ Han encontrado un equilibrio entre cercanía y distancia ▪ Carga pesada y ansiedad por las conversaciones ▪ Se sienten abrumadas por las emociones ▪ El momento más duro es cuando le comunican al paciente que no hay otro tratamiento curativo ▪ Se sienten vacías y cansadas ▪ A las enfermeras inexpertas les cuesta mucho mantener este tipo de conversaciones existenciales ▪ Según las enfermeras una organización alentadora (tiempo, personal suficiente y un lugar tranquilo) facilitaba las buenas conversaciones 	<p>cuestiones existenciales en la comunicación con los pacientes a la muerte.</p> <p>El estudio se realizó a enfermeras de hospital, de hospicio y de atención domiciliaria.</p> <p>finalmente se concluyó que en muchas ocasiones no se tiene ese tiempo ni esa preparación para abordar ciertas conversaciones existencial pero que cuando se tenían eran del todo gratificante sobre todo para el paciente; se necesita más formación para poder abordar estas conversaciones</p>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hablar con pacientes enfermos es agotador ▪ Que sienten sin herramientas delante de ciertas conversaciones ▪ Quieren más formación, reflexión y educación ▪ Se sienten en la obligación de reunir y de apoyar al paciente y a la familia 	
<p>Siri, A.D., Enmarker, I., y Hellzen, O. (2013). When expressions make impressions-nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: a phenomenological-hermeneutic approach to understanding. <i>Int J Qual Stud Health Well-being.</i>, 8.</p>	<p>No hace mención</p>	<p><u>TEMAS:</u> 1. El estar abierto a la presencia del Otro, incluye dos subtemas: "Sensibilización a la vulnerabilidad" y "Empatía"</p> <p>2. estar satisfecho, incluye dos subtemas: "Sentirse excepcional" y "Ser de confianza"</p> <p>3. Frustración, contiene dos temas: "Estar decepcionado" y "Estar enojado"</p> <p>4. ambivalente, incluye "Ser generoso o reservado".</p> <p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quieren ayudar al paciente ▪ Algunos pacientes le recuerdan a familiares (abuelo) ▪ Reflexión sobre su propia vida ▪ Se sienten responsables de cosas ajenas a la salud, como por ejemplo la apariencia física (peinarles) ▪ Se sienten abrumadas ▪ Sienten satisfacción más allá de realizar una buena práctica, sino de ser humanos. 	<p>En los últimos años ha habido un aumento de las personas que deciden que quieren morir en sus hogares, lo cual requiere una atención de enfermería especializada.</p> <p>En este estudio se ha realizado entrevistas a 10 enfermeras noruegas que cuidan a pacientes paliativos en el domicilio, ya que en la mayoría de los casos se ha investigado la enfermería en los centros hospitalarios y no en el domicilio, donde se aborda la situación cercanía-distancia entre paciente-enfermera. Las enfermeras habían trabajado entre 4 y 36 años en atención de salud como enfermeras (md = 17,5).</p> <p>El estudio tiene como objetivo conocer las experiencias de las enfermeras que se dedican a los cuidados paliativos en el hogar.</p> <p>Al entrar en el hogar de los pacientes la enfermeras tienen otra visión de ellos al poder estar en su domicilio y poder conocer su entorno, lo cual les implica que en ocasiones se impliquen demasiado y les cueste ser lo</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensación de bienestar y sentimientos de seguridad y confianza ▪ Desilusión, ira, frustración y dolor ▪ Se sentían observadas por algunos pacientes que desconfiaban de sus competencias ▪ A veces no se sienten escuchados por sus compañeros profesionales ▪ Tienen expectativas altas de “ser fuertes” y cuando ellas consideran que no lo están siendo se molestan con ellas mismas. ▪ Sentimientos contradictorios (montaña rusa emocional) ▪ Necesitan tener una despedida decente con los pacientes ▪ Se sienten vacías y cansadas ▪ A veces se involucran demasiado con el paciente (se lo “llevan a casa”) y no son tan profesionales 	<p>profesionales que normalmente son; dejándose llevar por sentimientos; que en algunas ocasiones son contradictorios (ambivalentes); esto sucede cuando las expresiones del paciente se convierten en las impresiones de las enfermeras.</p> <p>Como conclusión se obtiene que las enfermeras tenían más miedo a no ser del todo profesionales que al hecho de poder llegar a “quemarse” de este tipo de atención; es necesario invertir más en investigación en esta área.</p>
--	--	--	--

Artículo	A qué patología hace referencia?	Temas nombrados/ideas expresadas	Resumen
<p>Jeppsson, M., y Thomé, B., (2015). How do nurses in palliative care perceive the concept of self-image?. <i>Scand J Caring Sci.</i>, 29(3):454-461.</p>	<p>No hace mención</p>	<p><u>TEMAS:</u> Identidad, Autoevaluación, Función social Y Autoconocimiento.</p> <p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las enfermeras tenían más conceptos de su autoimagen de lo que ellas pensaban ▪ Se plantean a menudo cuál es su papel como enfermera realmente ▪ Su autoestima aumenta cuando se sienten valoradas y trabajan según sus valores ▪ El enfoque de sus vidas y su autoimagen ha cambiado desde que han empezado a trabajar en “el cuidar” 	<p>En este estudio se llevan a cabo entrevistas a 17 enfermeras de 5 unidades de cuidados paliativos en diferentes ciudades de Suecia para conocer cual es su perspectiva sobre ellas mismas; su concepto de autoimagen. La muestra fue heterogénea y con variación tanto de edad como de experiencia.</p> <p>Algunos pacientes cuando deben de definirse se definen con la enfermedad, esa es su autoimagen; otros en cambio no, se definen a ellos mismos. En cuanto a las enfermeras había la tendencia de embellecer los propios atributos, ya que la autoimagen es algo totalmente subjetivo.</p> <p>De este estudio se pudo concluir que la gran mayoría de los profesionales de enfermería no utilizaban el concepto de autoimagen en el día a día.</p>
<p>Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Mardani Hamooleh, M., y Tahmasebi, M. (2014). Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain. <i>Int J Palliat Nurs</i>, 20(2):69-74.</p>	<p>Oncología (dolor por cáncer)</p>	<p><u>TEMAS:</u> Cómo se gestiona el dolor físico en este tipo de pacientes (con la comunicación, la paliación del dolor y el uso de drogas) y la potenciación psicológica (comportamiento de apoyo y la reducción de la angustia por parte del paciente).</p> <p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p>	<p>El estudio pretende conocer las percepciones de las enfermeras iraníes que se encuentran en las unidades de cuidados paliativos con pacientes con dolor por cáncer. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas a 15 enfermeras (11 mujeres y 4 hombres, con una franja de edad que iba desde 26 a 49 años.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creían que hablar con los pacientes para que estos expresaran sus sentimientos les ayudaría a aliviar el dolor físico ▪ La escasez de opioides reduce la calidad de los cuidados paliativos, ya que para los opiáceos son fundamentales para aliviar el dolor que sienten ▪ Si un enfermo se siente apoyado por su enfermera, el mejorará y aceptará el tratamiento paliativo y el cuidado ▪ Si no pueden darles apoyo a sus pacientes no “merecen dar este servicio” ▪ Tienen miedo que los pacientes se vuelvan adictos a los opiáceos 	<p>En cuanto a sus años de experiencia esta iba de 4 a 18 años) de 3 hospitales distintos en Irán (Teherán).</p> <p>Las personas que sufren cáncer normalmente el dolor es uno de los síntomas más angustiantes para los pacientes, por lo tanto hay que tratarlo con factores bioquímicos y psicosociales, por ello necesitan una atención paliativa más elevada que la que están recibiendo en la actualidad; lo cual puede ser como consecuencia a la falta de un marco de cuidados paliativos transparentes para las enfermeras.</p> <p>Algunas de las enfermeras tenían miedo de la posible adicción a los opiáceos que podía surgir en los pacientes, además de los efectos secundarios que su administración conlleva; como por ejemplo el estreñimiento. Por esa razón intentan ofrecer toda la información al paciente y les escuchan, factor que también ayuda a aliviar el dolor a los pacientes.</p> <p>Del estudio se concluye que el alivio paliativo del dolor físico debe ser asociado con el empoderamiento psicológico, ya que tanto el aspecto físico como psicológico son importantes.</p>
Zheng, R., Dong, F., Qiang, W., y Wang, Y. (2013). Nurses'	Sangrado gastrointestinal	<u>TEMAS:</u>	El artículo tiene como objetivo conocer cuales son las experiencias de aquellas enfermeras

<p>experiences with catastrophic upper gastrointestinal bleeding in patients with hepatocellular carcinoma: a qualitative study. <i>Eur J Oncol Nurs</i>, 17(4):408-415.</p>	<p>superior en el carcinoma hepatocelular (HCC)</p>	<p>Los sentimientos durante el proceso de rescate de la vida de los pacientes, los sentimientos a partir del éxito o no para salvar la vida de los pacientes, los sentimientos en relación a miembros de la familia, el impacto de la experiencia en la vida personal, el trabajo y la filosofía de vida de los profesionales de enfermería.</p> <p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impotencia ▪ Falta de formación y educación de la clínica ▪ Estrés, agotamiento ▪ Se sienten deprimidas ▪ Mayor preocupación por la salud de su familia 	<p>que se encuentran la clínica del sangrado catastrófico, ya que se conoce que el cuidado de este tipo de pacientes provoca en los profesionales enfermeros una carga emocional, estrés, agotamiento... lo cual esta muy poco investigado en la actualidad. Para ello se entrevistaron a 21 enfermeras, mediante un cuestionario estructurado, que habían cuidado de este tipo de pacientes, la mayoría de las cuales manifestaron que las experiencias habían resultado negativas. La edad media de los profesiones de enfermería entrevistados era de entre 23 y 48 años, con experiencias medias en la unidad de entre medio año y 26 años. La gran mayoría de los profesionales obtuvieron sentimientos negativos y comentaron la falta de formación de cómo abordar este tipo de hemorragias, por lo cual sería conveniente que se realizara una mayor formación y educación clínica para poder abordarlo de mejor manera; ya que se requiere de grandes habilidades enfermeras además de un apoyo psicológico.</p> <p>Como resultado se obtiene que la gran parte de los profesionales enfermeros experimentan experiencias angustiantes, lo cual afecta tanto a su día a día laboral como a nivel personal. Para evitar y/o mejorar este tipo de sentimientos sería conveniente la realización de <i>debriefing</i> de equipo, tutorías de enfermería e intervenciones psicológicas,</p>
--	---	---	--

			de esta manera mejorará la salud laboral de los profesionales y como consecuencia la calidad de la atención a estos pacientes también.
<p>Penz, K., y Duggleby, W. (2011). Harmonizing hope: a grounded theory study of the experience of hope of registered nurses who provide palliative care in community settings. <i>Palliat Support Care</i>, 9(3):281-294.</p>	<p>No hace mención</p>	<p><u>TEMAS</u>: "quién soy", "resignarme al sistema", "Sentirse valorado / respetado" y "gestionar Dolor y pérdida "</p> <p><u>Ideas/Sentimientos expresados</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es muy importante conocerse a sí mismo ▪ Algunos cuestionan por qué se quedaron en la profesión de enfermería ▪ Consideran que hay falta de apoyo, muchas cargas de trabajo, se sienten abrumadas, escasez de personal ▪ Abrumados por las pérdidas continuas ▪ La esperanza es necesaria en la vida y se debe trabajar a diario ▪ Para dar esperanza tú también debes de tenerla ▪ La esperanza les ayudó a mejorar en el cuidado que ofrecían ▪ Su mayor preocupación era seguir manteniendo la esperanza ▪ A veces les cuesta aceptar la esperanza y las perspectivas de los demás 	<p>En este artículo se pretende conocer cuál es la esperanza de 14 enfermeras canadienses de entre 37 a 58 años que trabajan en los cuidados paliativos (tanto en atención domiciliaria como hospitalaria), ya que la esperanza juega un papel muy positivo de cara a los pacientes y sus cuidadores; aún siendo uno de los servicios donde más mueren en la UCI, por ejemplo es donde mayor nivel de esperanza tenían sus enfermeras.</p> <p>La esperanza con la que se trabaje es fundamental para ser transmitida al paciente y a sus familiares no obstante, cierto es que en ocasiones se hace muy difícil mantener esa positividad.</p> <p>Según el estudio las enfermeras aún y así son capaces de seguir manteniendo tu propia esperanza y ofreciendo así una mejor atención, la cual llega a los pacientes, ya que estos consideran que la esperanza se encuentra interconectada con ellos.</p> <p>la investigación es del todo necesaria para conocer si el descubrimiento de las esperanzas de los demás (pacientes, familiares, cuidadores...) y la conciliación de las</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuanto más te involucras con el paciente más se abre a ti ▪ Es muy importante cubrir las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes y familiares ▪ Es importante que sientan que están haciendo algo diferente en la vida de sus pacientes y en su trabajo, se sienten bien ▪ Si no se encuentran bien con ellos mismos no pueden hacer un buen trabajo ▪ Se sienten honrados por trabajar con personas ▪ Es importante poder tener el tiempo suficiente para poder establecer ese vínculo con los pacientes 	<p>diferencias en las esperanzas son aspectos importantes de la enfermería en otros contextos y en la práctica.</p> <p>Se requiere que se realice más investigación para poder conocer en qué punto se relacionan otros aspectos de las conexiones interpersonales entre los profesionales de enfermería y sus pacientes o bien con quienes trabajan; de esta manera se podrá armonizar su esperanza.</p>
--	--	--	---

EXPERIENCIA. Scielo

Artículo	¿A qué patología hace referencia?	Temas nombrados/ideas expresadas	Resumen
Habekost, C.D., Manfrin, M.R., Schwartz, E., y De Oliverira, A. I. (2013). Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. <i>enferm</i> , 22(4).	Oncología	<p><u>TEMAS</u>: 1. Paliar: control de los síntomas y la humanización de la asistencia</p> <p>2. Experimentar el proceso terminal y replantear la atención</p> <p>3. Desafíos para el equipo multidisciplinar en cuidados paliativos.</p> <p><u>Ideas/Sentimientos expresados</u>:</p>	<p>El objetivo del estudio es conocer cuáles son las experiencias de los equipos multidisciplinares de una parte de Brasil que trabajan en la unidad de cuidados paliativos.</p> <p>Aunque los CP se pueden proporcionar a cualquier tipo de patología, aunque estos son característicos de los pacientes oncológicos.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupación por el alivio de los síntomas físicos como el dolor y los trastornos psicosociales. ▪ Preocupación por la humanización de la atención ▪ Les gustaría tener un tiempo y lugar para poder escuchar más a los pacientes y a las familias ▪ Importancia de la empatía con el paciente y los familiares ▪ Consideran que sería positivo dar más autonomía al paciente; deben de respetar más. ▪ Conservar la autonomía del paciente ▪ Al principio les costaba aceptar la finitud de la vida y el no poder hacer nada contra la patología. ▪ Padecían de sufrimiento y angustia al inicio ▪ Sienten impotencia y frustración ▪ Angustia por el sufrimiento de los pacientes, es difícil de aceptar ▪ Reflexión sobre su praxis ▪ Es importante la ayuda que les proporcionan a los pacientes en estos momentos, ▪ su trabajo es muy gratificante ▪ El equipo multidisciplinar es fundamental 	<p>Existen pocos servicios de cuidados paliativos en Brasil, lo cual debe aumentar y ofrecer unos cuidados de la mayor calidad posible, por lo tanto debe de ser atendido por un equipo multidisciplinar que estén bien formados.</p> <p>Para la realización del estudio se escogieron a 6 profesionales de la unidad para realizarles las entrevistas (una enfermera, un nutricionista, un psicólogo, un trabajador social, un fisioterapeuta y un médico).</p> <p>De estas entrevistas se obtiene que la formación de grupos que permiten a los profesionales expresar sus ansiedades y dificultades relacionadas con el proceso de morir pueden promover la comodidad, y contribuir en su práctica de la atención; lo cual les ayuda a entender la muerte como un hecho natural.</p> <p>El artículo concluye comentando que en la actualidad aún existe una falta de estudios sobre la práctica de los cuidados paliativos en los hospitales, pero aún más a nivel domiciliario.</p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los profesionales consideran que la falta de formación en los CP provocaba diferencias entre ellos ▪ Se sienten presionados por la familia u otros compañeros al realizar determinadas técnicas ▪ Importancia de hacer reuniones de manera periódica 	
<p>Leite, de A. CS., Aparecida, S. C., y Marcon, SS. (2014). The existence of nursing in caring for terminally ill's life: a phenomenological study. <i>Rev. esc. enferm. USP</i>, 48(1).</p>	Oncología	<p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En ocasiones tienen sentimientos transmitidos por el paciente como son la angustia, el sufrimiento, el dolor y el miedo; además de la impotencia ▪ Se sienten satisfechos por la atención que dan y ver que el paciente no sufre, no obstante sienten rabia por los pacientes terminales ▪ Se sienten bien cuando obtienen un reconocimiento por parte del paciente terminal y de su familia ▪ Se sienten felices por poder ayudar ▪ En ocasiones sienten estrés por las situaciones que existen ▪ Establecer un vínculo con los pacientes y con sus familias les da una relación de más confianza, lo que ayuda a que el dolor no sea tan agudo 	<p>Los cuidados paliativos intentan ofrecer una mejor calidad asistencia a los pacientes que se encuentran en esa situación, donde existe una directa relación con los profesionales de enfermería, ya que estos están condicionados por las experiencias vivida anteriormente y la relación que tienen establecida con la muerte.</p> <p>El estudio considera que es necesario investigar estas experiencias ya que las enfermeras cada vez cuidaran a pacientes con cáncer, lo cual puede acabar provocando una angustia emocional.</p> <p>Se escogieron a 13 profesionales de enfermería, los cuales aun reconociendo lo duro que es este servicio les resulta del todo gratificante el poder ayudar a otras personas. los profesionales consideran que existe una falta de preparación en cuanto a los cuidados de pacientes terminales.</p> <p>Una vez realizado el estudio se deduce que la práctica continua en estas unidades provoca un sufrimiento tanto mental como físico, lo cual debe de investigarse más.</p>

EXPERIENCIA. Cuidatge

0 Resultados

EXPERIENCIA. Cuiden

Artículo	¿A qué patología hace referencia?	Temas nombrados/ideas expresadas	Resumen
<p>Pérez, V. ME., y Cibanal, JL. (2016). Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. <i>Rev Cuid</i>, 7(1): 1210-1218.</p>	<p>No hace mención</p>	<p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los profesionales ven la muerte como una tapa más de la vida ▪ Se sienten entre dos extremos, la vida y la muerte ▪ Se sienten bien por trabajar con y para personas ▪ Tienen sentimientos encontrados; entre su yo personal y su yo profesional; les cuesta diferenciarlo a veces ▪ Hablar de Dios al paciente le tranquiliza ▪ No se debe alargar la vida, es antinatural. ▪ Impotencia por no poder ayudar a los pacientes y asumir que se van a morir ▪ “Cuando medicina ya no tiene “nada” que hacer” por el paciente, enfermería tiene mucho por hacer” ▪ Se vive diferente la muerte de un anciano que de un joven o de un niño 	<p>En occidente la muerte es un tema tabú, pero según la cultura a la que se pertenezca esta se entiende de una manera o bien de otra. Durante este proceso terminal los profesionales de enfermería son fundamentales ya que influyen de manera positiva o negativa en el proceso.</p> <p>El estudio habla sobre el vacío que existe en el estado de México en cuanto al impacto psicosocial que viven las enfermeras. Por lo tanto, el objetivo del estudio era conocer el impacto psicosocial en las enfermeras de CP. Para ello se seleccionaron 4 enfermeras de diferentes unidades de un hospital mexicano para realizarles una entrevista, las cuales habían tenido pacientes en situación terminal.</p> <p>De las entrevistas se pudo obtener que las enfermeras se involucran muchísimo, incluso llevándose sentimientos a casa, cosa que no sucede con la rama médica ,normalmente.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se ve la muerte como una liberación cuando hay mucho sufrimiento y este es muy largo ▪ Los procesos terminales les provocan malestar ▪ No quieren que se mueran en sus turnos, se van a casa pensando si mañana el paciente todavía estará allí cuando vuelvan. ▪ Se les enseña a no involucrarse demasiado y a ser algo distantes pero en ocasiones les resulta muy complicado el evitar llorar, por ejemplo ▪ Cuando ya se les ha muerto un familiar afrontan la situación de otra manera ▪ La experiencia es lo que te forma para sobrellevar estas situaciones 	<p>Las enfermeras comentan que en algunas ocasiones se vive la estancia hospitalaria del paciente terminal como algo negativo, ya que se aplican maniobras de resurrección en pacientes que ya se encuentran en esta situación terminal, provocando por tanto una prolongación del sufrimiento tanto del paciente como de la familia.</p> <p>Se puede decir que la función de enfermería en estas situaciones debe ser de ayudar a morir al paciente con los procedimientos pertinentes de los cuidados paliativos y/o con el apoyo psicológico que requieren familiares y paciente.</p> <p>El estudio obtiene como conclusión que el impacto psicosocial de las enfermeras está vinculado a la cultura de estas y que se debe de realizar más investigaciones sobre el impacto que causa el hecho de cuidar a pacientes terminales.</p>
<p>Da Silva, S. R., Pereira, A., y Carneiro, M. F. (2015). Comfort for a good death: perspective nursing staff's of</p>	<p>Oncología</p>	<p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Según las enfermeras una buena muerte está basada en: alivio de molestias físicas, sociales y de apoyo emocional ▪ Una buena muerte es cuando el paciente no tiene dolor ▪ Es fundamental que el paciente muera con comodidad 	<p>El estudio realizado pretende conocer qué se considera para las profesionales enfermeras de una unidad de cuidados intensivos como una "buena muerte". El estudio se llevó a cabo en la UCI de un hospital especializado en oncología en Brasil donde se seleccionaron 10 profesionales de enfermería (entre 25 y 39 años) que tenían más de 1 año de</p>

intensive care. <i>Esc. Anna Nery</i> , 19(1).		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deben de apoyar al paciente lo máximo que puedan 	<p>experiencia en la UCI a las cuales se les realizó una entrevista.</p> <p>Los resultados obtenidos tras realizar el estudio son que se debe de proporcionar una muerte con las mejores condiciones posibles tanto al paciente como a sus familiares, los cuales también forman parte de la atención integral que se debe de dar al paciente. Por otro lado, el equipo a estudiar tenía la experiencia paliativa para abarcar estas situaciones pero no obstante, deberían de haber profesionales que fueran expertos en los CP.</p> <p>Por último, se obtuvo que el hecho de aliviar las molestias físicas del paciente era una de las preocupaciones más importantes para los profesionales de enfermería, por lo cual se debería de trabajar en ello.</p>
--	--	--	---

EXPERIENCIA. Cinahl

Artículo	¿A qué patología hace referencia?	Temas nombrados/ideas expresadas	Resumen
Brandão Pereira, da S. C., Costa R, AS. RM., Ramos, P. E., Andrate, S.	No se menciona	<u>Ideas/Sentimientos expresados:</u>	En este artículo se pretende conocer las percepciones de enfermeras y técnicos de enfermería, 21 profesionales en total; los

<p>M., Da Fonseca, M. AM., y Sauthier, M. (2014). Nursing team perception of oncological palliative care: a phenomenological study. <i>Online braz j nurs</i>, 13(1): 72-81</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar confort y bienestar es fundamental para los CP, además de tener paciencia ▪ Es importante escuchar a la familia y al paciente ▪ Los CP son cuidados sociales, físicos y espirituales ▪ Mecanización de los CP, falta humanización ▪ En ocasiones el paciente necesita ser escuchado y no solo los CP que le damos, debemos de prestar más atención ▪ Los profesionales se conoce más a ellos mismos tras las experiencias que van experimentando ▪ Importancia del respeto hacía el paciente, respetar su dignidad y darle apoyo psicológico ▪ Tener más en cuenta el punto de vista el paciente 	<p>cuales tienen una experiencia mínima de 1 año ejerciendo CP. Se realiza una encuesta a través de la cual se obtiene que los profesionales destacan la importancia de dar unos CP correctos y proporcionar el mayor bienestar posible, no obstante el estudio obtuvo que los ideales de los profesionales no se ajustaban exactamente a la realidad de la práctica diaria. Por otro lado aunque los profesionales sanitarios eran conscientes de la importancia espiritual, se tiene constancia que la mayoría de los CP iban dirigidos al cuidado físico del paciente.</p> <p>El artículo comenta que se crean relaciones profesionales- pacientes las cuales en muchas ocasiones no se es del todo consciente; las experiencias con cada paciente son únicas y el hecho de expresar los sentimientos de los profesionales hacia los pacientes es del todo positivos para enfrentar a la muerte.</p> <p>El estudio obtiene como conclusión que las enfermeras al finalizar su carrera no se encuentran totalmente preparadas para abordar a pacientes en situación terminal.</p>
<p>Penza, K., y Duggleby, W. (2012). "It's Different in the Home I" The Contextual Challenges and Rewards of Providing Palliative</p>	<p>No hace mención</p>	<p><u>TEMAS:</u> Quien soy, renunciando al sistema, sentirse valorado, realizado y el manejo del dolor y de la pérdida.</p> <p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p>	<p>El objetivo del artículo es conocer las experiencias de las enfermeras canadienses de CP en el domicilio y qué impacto les produjo, para ello se entrevistaron a 14 enfermeras de la unidad de CP.</p>

<p>Nursing Care in Community Settings. <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i>, 14(5): 365-373.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitaciones para hablar de sus sentimientos ▪ Quieren contribuir a una buena muerte ▪ Su trabajo es gratificante ▪ Deben de ayudar a los pacientes físicamente y emocionalmente ▪ Intentan no preocuparse por las cosas que no pueden cambiar ▪ Enfado por falta de recurso ▪ Falta de comunicación con el resto de profesionales sanitarios ▪ Se sienten afortunados de poder “entrar” en los domicilios de los pacientes ▪ Impotencia, estrés ▪ Pocos recursos en los CP ▪ Falta de tiempo y poco personal ▪ Falta de reconocimiento por parte de otros profesionales ▪ Dificultad para hablar de sus preocupaciones ▪ Se sienten aislados abrumados, desalentados ▪ Se sienten respetados y valorados como profesionales de CP ▪ Se sienten orgullosos de ellos mismos 	<p>Las enfermeras forman una parte fundamental en los CP, las cuales lidian con grandes cargas de trabajo, la pérdida constante de los pacientes y la falta de recursos; lo cual provoca en algunas ocasiones altos niveles de estrés.</p> <p>Según el estudio las enfermeras de CP pasan tanto por experiencias positivas como negativas, además de la gran carga de trabajo que les provoca estrés y agotamiento; muchos de los pacientes mueren en el hogar, por lo tanto se debería investigar más cual es el impacto emocional que sufren las enfermeras de CP en el hogar.</p>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intentan proporcionar una “buena muerte” ▪ Se sienten parte de la familia del paciente y eso les resulta un privilegio ▪ Disfrutan de su profesión ▪ Les gusta la autonomía y la responsabilidad que tienen ▪ Les gusta ver como las enfermeras más jóvenes evolucionan ▪ Aceptan la muerte como parte de su trabajo 	
<p>Miranda, DS. M., y Chagas, M. M. (2011). Standardization of nursing care in a palliative care oncology setting: perceptions of nurses. <i>Acta paul. Enferm</i>, 24(2).</p>	<p>Oncología</p>	<p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planteamiento sobre el papel de enfermería ▪ Les falta formación durante la carrera ▪ Importancia del conocimiento ▪ Los pacientes en situación paliativa oncológica no son como el resto de pacientes oncológicos ▪ Poco personal y mucha carga de trabajo, poco tiempo ▪ Dificultad para establecer prioridades para el cuidado de la salud ▪ Es muy importante promover la calidad de vida y el confort del paciente ▪ La formación debería ser permanente y de manera continuada 	<p>El objetivo del estudio que se realizó consistía en conocer las experiencias, opiniones, actitudes, percepciones y creencias de 17 enfermeras brasileñas que se encontraban en la unidad de hospitalización de CP con un mínimo de 2 años de experiencia mediante un cuestionario semiestructurado. Según el estudio muchas de las enfermeras carecen de pensamiento crítico, no es suficiente con ser conocedoras de las técnicas a realizar, por ello se debe de trabajar en dicho pensamiento. El hecho de no tener un buen planteamiento crítico también contribuye a la dificultad de la aplicación del NCS y la atención no fraccionada de los pacientes; por lo cual se hace aún más complejo romper con el modelo biomédico.</p>

<p>Arevalo, JJ., Rietjens, JA., Swart, SJ.Perez, RS., y van der Heide, A. (2013). Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses' experiences with decision-making and performance. <i>Int J Nurs Stud</i>, 50(5):613-21.</p>	<p>la mayoría de los pacientes eran oncológicos - --- oncología</p>	<p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentían que la mayoría de los familiares estaban de acuerdo con el curso de la sedación paliativa 	<p>La investigación sobre las perspectivas de las profesionales de enfermería en cuanto a la sedación paliativa y la toma de decisiones es un ámbito el cual se ha estudiado con poca frecuencia, por ello el estudio tiene como objetivo conocer estas perspectivas sobre la sedación paliativa que conduce hasta la muerte en enfermeras de los Países Bajos a través de la entrega de un cuestionario a 576 enfermeras; las cuales se encuentran tanto en atención hospitalaria como en extrahospitalaria proporcionando cuidados paliativos. La mayoría de las profesionales de enfermería tenían muchos años de experiencia.</p> <p>La mayoría de las enfermeras estaban de acuerdo en cuanto a la sedación paliativa, pero en menor proporción aquellas enfermeras que se dedicaban a ofrecer los cuidados en el hogar del paciente.</p> <p>En la mayoría de las sedaciones no se utilizó opiáceos, pero si estos para aliviar el dolor a los pacientes.</p> <p>El estudio obtiene como conclusión que la enfermería resulta importante durante todo el proceso de sedación a un paciente y que por</p>

			ese motivo su papel en el proceso debería ser más activo.
Gómez, C. C., Puga, M. A., Mayán, S. JM., y Gandoy, C. M. (2012). Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. <i>Gerokomos</i> , 23 (2): 59-62.	No se menciona	<p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cansancio emocional ▪ Realización personal ▪ Buena relación con los compañeros y con los pacientes ▪ Despersonalización 	<p>El estudio pretende conocer cuál es el nivel de estrés de las enfermeras que se encuentran en las unidades de CP mediante la selección de 94 profesionales de enfermería de distintas unidades de cuidados paliativos, tanto unidades hospitalarias como extrahospitalarias mediante un cuestionario.</p> <p>según el artículo el cansancio emocional que pueden sufrir estos profesionales en estas unidades viene dado según el ambiente laboral, las relaciones con los compañeros y la despersonificación; lo cual acabará provocando mayor o menor estrés.</p>
Fonseca, A., Pereira, S., y Carvalho, AS. (2012). Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. <i>Int J Palliat Nurs.</i> , 18(8): 373-81.	No se menciona	<p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobrecarga de trabajo ▪ Relaciones complicadas con los demás profesionales ▪ Dificultad para establecer relaciones con los pacientes /familiares ▪ Falta organización ▪ Se sienten bien de poder ayudar ▪ Desarrollo personal y profesional 	<p>Según la literatura el estar de manera constante en contacto con la muerte, la falta de tiempo y la carga de trabajo son algunos de los factores de riesgo para que las enfermeras de CP sufren <i>burnout</i>; sin embargo no existen muchas investigaciones sobre este tema. Por ello el estudio quiere conocer los niveles de <i>burnout</i> en la enfermeras paliativas, cuales son sus factores de riesgo, como lo previenen las enfermeras y entender el impacto que les causa.</p> <p>Para ello se escogió una muestra de 9 equipos diferentes de CP portugueses a los que se les</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción personal y profesional ▪ Reconocimiento por parte de los pacientes y la familia ▪ Consideran las reuniones de equipo muy positivas para compartir sus pensamientos/sentimientos ▪ Es muy positivo realizar un “ritual” cuando un paciente muere; una reunión 	<p>repartió un cuestionario para conocer el nivel de <i>burnout</i>, para ello se determinó el nivel mediante el MBI (Maslach Burnout Inventory). A partir de dichos cuestionarios se obtuvo que las enfermeras se encontraban en riesgo de padecer <i>burnout</i> no obstante, el hecho de hacer lo que les gustaba era un factor de protección.</p> <p>Aún y así los resultados obtenidos mostraron que las enfermeras de CP no padecían niveles más altos de <i>burnout</i> que otras que se encontraban en distintas unidades, además de estar reforzadas por los sentimientos positivos.</p>
<p>Wallerstedt, B., y Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. <i>Scand J Caring Sci.</i>, 21(1): 32-40.</p>	<p>No hace mención</p>	<p><u>Ideas/Sentimientos expresados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción e insatisfacción ▪ actitud positiva ▪ familiarizada con la muerte/tapa final de la vida ▪ Ambición por cumplir los deseos del paciente y darle bienestar ▪ Los pacientes en situación paliativa necesitan una gran dedicación ▪ Importancia del uso de métodos de trabajos no tradicionales para darle calidad de vida al paciente y familia ▪ Falta de tiempo y poco personal ▪ Inseguridades 	<p>En este estudio se escogieron a 9 profesionales de enfermería residentes en Suecia con al menos 3 años de experiencia en unidades de cuidados paliativos, los cuales tenían entre 30 y 65 años; además de haber experimentado la muerte de al menos 5 pacientes y con una experiencia de entre 10 y 39 años. A dichos profesionales enfermeros se les realizó una entrevista para poder conocer cuáles habían sido sus experiencias en la unidad de CP, ya que encontrarse al lado del sufrimiento de manera permanente puede acabar provocando sentimientos de estrés.</p> <p>Tras el estudio realizado se obtuvo que la mayoría de las enfermeras se encontraban familiarizadas con las situaciones de final de vida e intentaban por todos medios dar unos</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentimientos de frustración, dolor y pérdida ▪ Sentimientos de cercanía hacia el paciente ▪ Muy exigentes con ellas mismas ▪ Estrés ▪ Dificultad para combinar los pacientes en situación paliativa con aquellos que reciben tratamiento curativo en la misma planta ▪ Reflexiones personales ▪ Rabia por no poder hacer nada ▪ Sentimientos de satisfacción ▪ Crecimiento personal 	<p>cuidados de calidad, por lo que ponían en práctica métodos no tradicionales para conseguirlo.</p> <p>No obstante, se obtuvo como conclusión que pese a esas ganas por ofrecer un magnífico cuidado a los pacientes en situación terminal, también eran conscientes de las necesidades en cuanto a la cooperación, recursos y tiempo. Por ese motivo es del todo necesario que se siga investigando más sobre este ámbito, para poder conocer en mayor profundidad la complejidad de los CP.</p>
--	--	---	--

CUIDADOS PALIATIVOS. Pubmed

Artículo	¿Intervenciones NIC?	¿Cuáles? Aspectos a tener en cuenta	Resumen
<p>Johnston, B., Coole, C., y Jay, N. M. (2016). An end-of-life care nurse service for people with COPD and heart failure: stakeholders' experiences. <i>Int J Palliat Nurs.</i> 22 (11): 549-559.</p>	<p>No</p>	<p>Administración de medicación. Técnica de relajación. Apoyo emocional. Disminución de la ansiedad. Educación para la salud. Declarar la verdad al paciente. Oxigenoterapia. Escucha activa.</p>	<p>Se realiza entrevistas a pacientes y profesionales en relación a pacientes que sufren EPOC y IC. Muestran necesidades como: ansiedad, impacto a los cuidadores, dificultad en acceder a los expertos, temor, miedo, disnea. Miedo al dolor y al no poder respirar, desconfianza, depresión. Los pacientes y los cuidadores no les gustan que el equipo sanitario varíe y quieren tener a alguien a quien poder acudir. Enfermería comenta dificultades en la claridad de los roles y la falta de comunicación entre profesionales. Hay falta de comprensión sobre el significado de final de vida.</p>
<p>Rys, S., Mortier, F., Deliens, L., y Bilsen, J. (2014). The Practice of Continuous Sedation Until Death in Nursing Homes in Flanders, Belgium: A Nationwide Study. <i>J Am Geriatr Soc.</i> 62(10): 1869-1876.</p>	<p>No</p>	<p>Administración de analgésicos (Sedación continua hasta el final de vida.) Manejo del dolor. Manejo de líquidos, alimentación (Nutrición e hidratación artificial.) Apoyo en la toma de decisiones (Participar en la toma de decisiones junto la familia.) Cuidados de la agonía. Control de la medicación. Apoyo espiritual. Educación para la salud (al personal del hogar.) Fomentar la implicación familiar, Seguimiento y evaluación de fármacos. Alivio de los síntomas.</p>	<p>Los pacientes son ancianos y la mayoría con cáncer o demencia. Tenían síntomas como el dolor 71,2%. Fatiga, pérdida de la dignidad, ansiedad, preocupación ante la muerte, pérdida de control, pérdida de interés, agitación motora, desesperanza, disnea, sufrimiento/ sufrimiento existencial. El dolor y el agotamiento físico fueron los síntomas más decisivos para iniciar la sedación. El 90% de ancianos y familiares sentían satisfacción de la sedación en el hogar realizada. Se consideran los benzodiazepinas como el fármaco de elección para la sedación (especialmente el Midazolam). Cabe destacar que falta competencia en la toma de decisiones.</p>

<p>Da Silva, G. M., y Farrington, K. (2014). Supportive care in advanced kidney disease: patient attitudes and expectations. <i>J Ren Care.</i>, 1:30-35.</p>	<p>No</p>	<p>Terapia de hemodiálisis. Apoyo en la toma de decisiones. Educación para la salud. Oxigenoterapia - Manejo de la energía. Apoyo emocional - Escucha activa (Comunicación abierta). Control de los síntomas.</p>	<p>Pacientes con insuficiencia renal avanzada. Experimentan 40% falta de energía y 20% disnea.</p>
<p>Kutney, L. A., Brennan, C. W., Meterko, M., y Ersek, M. (2015). Organization of nursing and quality of care for veterans at the end of life. <i>J Pain Symptom Manage</i>, 49(3): 570-577.</p>	<p>No</p>	<p>Apoyo emocional - Escucha activa (Escucha en las preocupaciones) Administración de medicación - Fomentar la implicación familiar. Declarar la verdad al paciente. Enseñanza: procedimiento/tratamiento Enseñanza: proceso de enfermedad. (proporcionando medicación y tratamiento de acuerdo con el paciente y familia, informar a la familia sobre el estado del paciente y el tratamiento y alertados cuando el paciente iba a morir.) Apoyo familiar (atención a las necesidades del paciente y apoyo emocional a la familia después de la muerte). Apoyo en la toma de decisiones (respeto a las decisiones y deseos del paciente y la familia).</p>	<p>La mayoría de pacientes presentaban enfermedad renal y neumonía. Las enfermeras pasan muchas horas con el paciente y la familia y conocen qué tratamiento y decisiones tienen. Destaca la mejora de comunicación entre los profesionales para mejorar el ambiente de trabajo y sus resultados.</p>

<p>Clayton, MF., Reblin, M., Carlisle, M., y Ellington, L. (2014). Communication behaviors and patient and caregiver emotional concerns: a description of home hospice communication <i>Oncol Nurs Forum</i>, 41(3): 311-321.</p>	<p>No</p>	<p>Escucha activa, Apoyo emocional (preguntas y respuestas emocionales, Responder a las emociones). Apoyo familiar - Apoyo al cuidador principal (satisfacer las necesidades del paciente y del cuidador) Apoyo en la toma de decisiones. Mejorar el afrontamiento (gestión de la incertidumbre). Educación para la salud. Ayuda en el autocuidado (Comunicación que permite la autogestión del paciente) Facilitar el duelo. Cuidados en la agonía/ Manejo síntomas físicos.</p>	<p>La comunicación de enfermería es muy importante para responder a las preocupaciones de los pacientes y la familia. Los pacientes del estudio son pacientes oncológicos. La resolución de las preocupaciones puede facilitar el cuidado óptimo y el duelo del cuidador. Los pacientes sufren angustia emocional.</p>
---	-----------	--	--

<p>Lauck, S., Garland, E., Achtem, L., Forman, J., Baumbusch, J., Boone, R., Cheung, A., Ye, J., Wood, D. A., y Webb, J. G. (2014). Integrating a palliative approach in a transcatheter heart valve program: bridging innovations in the management of severe aortic stenosis and best end-of-life practice. <i>Eur J Cardiovasc Nurs</i>, 13(2): 177-184.</p>	<p>No</p>	<p>Declarar la verdad al paciente - Educación para la salud - Enseñanza: Proceso de enfermedad (Informar sobre la progresión y pronóstico). Apoyo en la toma de decisiones (tomar decisiones informadas). Manejo del dolor. Apoyo espiritual (responder a las necesidades espirituales). Escucha activa - Apoyo emocional (comunicación).</p> <p>Control de los síntomas Continuidad de la atención Seguimiento y evaluación de tratamiento. Coordinación de los cuidados.</p>	<p>Pacientes con estenosis aórtica severa (enf. cardiovascular). Hay muchas barreras en la comunicación. Se realiza la integración paliativa cuando el paciente no es recurrente o no quiere pasar por la cirugía convencional.</p>
<p>Strang, S., Henoch, I., Danielson E., Browall M., y Melin, J. C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death nurses' reflections on content, process and meaning. <i>Psychooncology</i>, 23(5): 562-568.</p>	<p>No</p>	<p>Educación para la salud Enseñanza: procedimiento/tratamiento Enseñanza: proceso de enfermedad (sobre las intervenciones y síntomas). Apoyo emocional (ofrecer consuelo.) Manejo ambiental: seguridad (crear clima de confianza y flexibilidad). Cuidados de la agonía. Facilitar el perdón. Escucha activa - Mejorar el afrontamiento (confirmar los sentimientos y reconocer las percepciones del paciente, conversaciones que ayudaban al paciente a encontrar sus respuestas, normalizar la situación, sentimientos). Disminución de la ansiedad. Apoyo familiar</p>	<p>Estudio sobre las cuestiones existenciales enfermera - paciente. La mayoría hablaba sobre las preocupaciones de la vida y la muerte, el significado de la enfermedad, sufrimiento, miedo, desesperación, desesperanza. Ansiedad a la muerte. Sentimiento de culpabilidad. Preocupaciones por la familia y sentimientos de soledad. Las enfermeras ante la ansiedad a la muerte responden que en algunos casos antes que una medicación el alivio era quedándose con el paciente. También comentan de comunicación sin palabras y también efectiva. Las enfermeras comentaron que no se trataba de resolver todos los problemas del paciente, sino, de darle apoyo a él y a su familia.</p>

<p>Devik, S. A., Enmarker, I., y Hellzen, O. (2013). When expressions make impressions-nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: a phenomenological-hermeneutic approach to understanding. <i>Int J Qual Stud Health Well-being</i>, 17(8).</p>	<p>No</p>	<p>Facilitar el duelo- Apoyo emocional Apoyo familiar Escucha activa (tener conciencia y detectar la vulnerabilidad en el paciente y la familia, construir una relación con el paciente, hablar sobre la muerte, empatizar, confianza y comprensión con el paciente, buena comunicación). Apoyo en la toma de decisiones (escuchar y respetar la voluntad del paciente). Manejo ambiental: confort Manejo ambiental: seguridad (crear un ambiente tranquilo y seguro). Confirmar la dignidad del paciente.</p>	<p>Son entrevistas a enfermeras que expresan cómo realizan el cuidado domiciliario. El estudio muestra que a veces enfermería se lleva las vivencias a casa, en estos casos, las enfermeras muestran la necesidad de tener una despedida decente. A veces hay pacientes que son difíciles de manejar. Los sentimientos pueden conducir a la generosidad o al alejamiento del paciente y en consecuencia a tratar a cada paciente de manera diferente. Trabajar en el hogar permite ver la identidad de la persona. La falta de competencia, mala habilidad en la comunicación o mala relación con el paciente puede ser perjudicial en el cuidado.</p>
<p>Doorenbos, A. Z., Juntasopeepun, P., Eaton, L. H., Rue, T., Hong, E., y Coenen, A. (2013). Palliative care nursing interventions in Thailand. <i>J Transcult Nurs</i>, 24(4): 332-339.</p>	<p>No</p>	<p>Escucha activa (establecer la confianza, establecer una buena relación, atender a las preocupaciones relacionadas con la enfermedad). Apoyo al cuidador principal. Manejo del dolor. Oxigenoterapia. Administración de analgésicos. Educación para la salud/ Apoyo emocional Enseñanza: procedimiento/tratamiento (enseñar manejo del dolor). Apoyo espiritual Facilitar la práctica religiosa (respetar las creencias, animar a los pacientes a mostrar sus preocupaciones espirituales/ proporcionar apoyo espiritual/ apoyar rituales). Apoyo al cuidador principal. Promover la muerte digna Mantener la dignidad y la privacidad.</p>	<p>Estudio a enfermeras para promover la muerte digna. A partir de una encuesta evalúan los resultados. El cáncer es la causa más común de muerte en Tailandia y respetan mucho la religión budista, y la muerte digna la favorecen a partir de las creencias religiosas. El estudio muestra que los CP se centran mucho en el dolor y los síntomas, también es importante la religión y la cultura, por lo tanto, es importante que enfermería se forme en lo que está relacionado.</p>

<p>Namasivayam, P., Lee, S., O'Connor, M., y Barnett, T. (2014). Caring for families of the terminally ill in Malaysia from palliative care nurses' perspectives. <i>J Clin Nurs</i>, 23 (1-2): 173-180.</p>	<p>No</p>	<p>Fomentar la implicación familiar (participar con la familia, preparar a la familia para los CP). Educación para la salud Declarar la verdad al paciente Enseñanza: proceso de enfermedad (informar del diagnóstico y progreso a la familia y al paciente, educación sanitaria sobre los síntomas y manejo). Apoyo emocional Escucha activa, intermediación cultural. (comprensión del paciente, su cultura y valores). Apoyo familiar (bienestar familiar). Mejorar el afrontamiento. Facilitar el duelo (Ayudar a aceptar el mal pronóstico).</p>	<p>En Malasia es muy común que la familia acompañe al paciente cuando esté enfermo en el hospital durante su estancia, especialmente si esta crítico. El estudio se basa en el cuidado a los familiares. En el estudio se observa que los conflictos con la familia se daban cuando la familia tenía expectativas diferentes respecto a los cuidados. Hay familias que no son capaces de hacerle frente al cuidado y se debe de entender y no culpabilizar, para que ellos mismos tampoco se culpabilizan. Enfermería muestra satisfacción y energía cuando había armonía con la familia. El estudio muestra que la desarmonía con la familia puede resultar una muerte incómoda.</p>
--	-----------	---	---

CUIDADOS PALIATIVOS. Scielo

Artículo	¿Intervenciones NIC?	¿Cuáles? Aspectos a tener en cuenta	Resumen
<p>Braz, E. C., Limeira, L., ME., Geraldo da, C. SF., Silva, A. FM., Souza, B. PS., y Célia, O. R. (2016). Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. <i>Escola Anna Nery</i>, 20(1), 176-182.</p>	<p>No</p>	<p>Apoyo espiritual Manejo ambiental: confort (promoción de la comodidad). Escucha activa Apoyo emocional (alivio del sufrimiento, comunicación). Manejo ambiental.</p>	<p>Las enfermeras tratan con pacientes con cáncer paliativo. Es importante la espiritualidad de los pacientes, para realizar los CP. A través de la espiritualidad, el paciente adquiere la fuerza para enfrentar y aceptar la espiritualidad. Necesidades como apoyo familiar, fe amor, creencia, esperanza, el perdón. Necesidades espirituales - relacionado o no con</p>

		<p>Facilitar el perdón. Mejorar el afrontamiento Facilitar el duelo (aceptación de la muerte más tranquilo). Facilitar la práctica religiosa (reconocer la religión del paciente, lectura de textos sagrados). Musicoterapia. Reunión multidisciplinar sobre cuidados - (colaboración con otros profesionales.</p>	<p>práctica religiosa, visitas religiosas. sentirse en paz consigo mismo. Desesperanza, angustia. Se ve una falta de formación en el apoyo espiritual. La dimensión espiritual está considerada importante en los CP por enfermería.</p>
<p>Silva, R. S., Pereira, A., y Mussi, F. C. (2015). Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. <i>Escola Anna Nery</i>, 19(1): 40-46.</p>	No	<p>Manejo ambiental: confort (promoción de confort). Oxigenoterapia Manejo del dolor. (alivio de las molestias físicas: dolor y dificultad respiratoria). Administración de analgésicos (mediante el uso de sedantes, analgésicos y aparatos tecnológicos). Apoyo emocional Apoyo familiar. Fomentar la implicación familiar (familia acompaña en el momento de la muerte del paciente). Escucha activa Mejorar el afrontamiento (atención, comunicación, palabras de valor y fuerza). Técnica de relajación (uso de estrategias de relajación y ocio). Vigilancia de la piel. Prevención de úlceras por presión (mantenimiento de la integridad de la piel - medidas de higiene y prevención de lesiones en la piel, posicionamiento). Manejo ambiental: confort.</p>	<p>Conocer el significado de una buena muerte según el punto de vista de enfermería. Es importante dejar que la familia esté con el paciente durante todo el proceso.</p>

		<p>Cuidados de la agonía (evitar los procesos invasivos en la fase terminal). Mejora de la imagen corporal (mantener una buena imagen corporal).</p> <p>Dignidad.</p>	
<p>Silva, M. M., Moreira, C. M., Leche, J. L., Erdmann, A. L. (2013). Nursing work at night in palliative oncology care. <i>Revista Latinoamericana de Enfermería</i>, 21(3): 773-779.</p>	No	<p>Facilitar el duelo Mejorar el afrontamiento (manejo del duelo anticipado). Apoyo emocional. Disminución de la ansiedad Cuidados de la agonía (atención psicológica al miedo a la muerte). Derivación (colaboración con otros profesionales). Manejo ambiental: confort (Comodidad y dignidad). Escucha activa.</p> <p>Mejor calidad de vida. La comunicación.</p>	<p>Se analiza la gestión de enfermería en CP en oncología. Además, se realiza en el turno de noche, y se observa una sobrecarga en la atención psicológica, ya que los pacientes tienen más miedo a morir durante la noche. Las enfermeras deben atender este terror nocturno pero están sobrecargadas. Muchas personas no reciben los CP idóneos. Se observa una sobrecarga física y psicológica por parte de enfermería.</p>
<p>Da Silva, M. M., Orineu, E. L., Chagas, M. M., Da Silva, J. A., Da Costa, M. S., y Faria, C. J. (2013). Perfil de diagnósticos de enfermería en un hospital brasileño especializado en cuidados paliativos. <i>Ciencia y enfermería</i>, 19(1): 49-59.</p>	No	<p>Vigilancia de la piel. Alimentación. Oxigenoterapia. Manejo ambiental (ambiente adecuado). Manejo del dolor. Administración de analgésicos. (aplicación de EVA, control del dolor, especialmente opioides). Apoyo en la toma de decisiones (vida y muerte).</p>	<p>Resumen en necesidades</p>

<p>Baliza, M. Freire, B. R., Szylit, S. V., Marina, C., Damasceno, S. L., y Poles, K. (2012). Palliative care in the home: perceptions of nurses in the Family Health Strategy. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i>, 25(2): 13-18.</p>	<p>No</p>	<p>Apoyo en la toma de decisiones (respetar los deseos y las voluntades del paciente, morir en el hogar). Manejo ambiental. Manejo del dolor, Administración de analgésicos (mayormente con opioides). Apoyo familiar. Escucha activa Educación para la salud. Declarar la verdad al paciente Enseñanza: proceso de enfermedad Enseñanza: proceso de enfermedad (comunicación - explicar la situación, resolver dudas, anticiparse a lo que pasará). Apoyo emocional (vínculo paciente enfermera). Reunión multidisciplinar sobre cuidados. (Trabajar en equipo).</p> <p>Detectar necesidades Atención a las necesidades. Detectar necesidades</p>	<p>Enfermería decía que había falta de tiempo y que los fines de semana y festivos los pacientes y la familia no tenía a nadie. Enfermería contempló la importancia del cuidado a la familia también.</p>
<p>Sales, C., Aparecida, S. V., Araujo da, P. C., y Marcon, S. S. (2011). A música na terminalidade humana: concepções dos familiares. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>, 45(1); 138-145.</p>	<p>No</p>	<p>Musicoterapia</p>	<p>El uso de música en pacientes con cáncer, ayuda a su bienestar. La música lleva a momentos de angustia y preocupación a alegría. Tanto la familia como los pacientes manifestaron bienestar. Puede suponer un apoyo psicoemocional y espiritual.</p>

<p>Tejada, D. F. J., y Ruíz, D., M. R. (2009). Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. <i>Enfermería Global</i>, (15).</p>	<p>Si</p>	<p>Asesoramiento Enseñanza: proceso de enfermedad. Apoyo en la toma de decisiones. Aumentar los sistemas de apoyo. Restablecimiento de la salud bucal. Mantenimiento de la salud bucal. Prevención de úlceras por presión. Cuidados de las UPP. Vigilancia de la piel. Derivación. Manejo del estreñimiento/impactación fecal. Entrenamiento intestinal. Potenciación de la autoestima. Mejorar el afrontamiento. Mejora de la imagen corporal. Potenciación de roles. Dar esperanza. Cuidados en la agonía. Facilitar el perdón.</p>	<p>plan de cuidados NANDA en paciente en fase terminal.</p>
---	-----------	---	---

CUIDADOS PALIATIVOS. Cuidatge

Artículo	Intervenciones NIC	¿Cuáles?	Resumen
Cordero, P. M., y Romero, S. MI. (2007). Plan de cuidados estandarizados en una Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos. <i>Inquietudes</i> , (37): 23-32.	si	Mejorar el afrontamiento Apoyo espiritual Monitorización nutricional Alimentación enteral por sonda. Alimentación Manejo de las náuseas Prevención de úlceras por presión. Cuidados de úlceras por presión Precauciones para evitar la aspiración. Apoyo al cuidador principal Apoyo familiar. Enseñanza: medicamentos prescritos. Planificación para el alta. Manejo del dolor Administración de medicación. Protección contra las infecciones. Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC) Cuidados del catéter urinario Mejorar el sueño. Manejo ambiental: confort. Manejo de la vía aérea. Oxigenoterapia. Manejo del estreñimiento/impactación fecal.	Se realiza un plan de cuidados para el paciente oncológico terminal y su familia. Igual en necesidades

<p>Kouch, M. (2007). Control de los síntomas para una "buena muerte". <i>Nursing</i>, 25(9):28-33.</p>	<p>No</p>	<p>Manejo del dolor Administración de medicación Enseñanza: medicamentos prescritos. Educación para la salud. Escucha activa Apoyo emocional. Cuidados de la agonía Mejorar el afrontamiento. Disminución de la ansiedad Apoyo espiritual Oxigenoterapia. Enseñanza: proceso de enfermedad. (comunicación: informar sobre la progresión de la enfermedad y sintomatología) Apoyo emocional Apoyo familiar</p>	<p>Manejo de una presentación de un caso. Igual en necesidades</p>
<p>Cordero, P. M., y Romero, S. IM. (2008). Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. <i>Nure Investigación</i>, 1:35.</p>	<p>Sí</p>	<p>Manejo de líquidos Manejo del dolor Manejo de la energía Terapia de ejercicios: ambulación Ayuda con el autocuidado: micción/defecación Manejo ambiental Administración de medicación. Control de síntomas</p>	<p>Igual que en necesidades.</p>
<p>Delgado, S. D., Juárez, V. R., Pellicer, G. B., Redondo, C. LC., Ramon, A. E., López, M. I. et al (2014) Actuación de enfermería ante el cuidado físico en el paciente terminal. <i>Rev Enferm</i>, 37(11): 18-25.</p>	<p>No</p>	<p>Técnica de relajación. Mejora de la tos. Disminución de la ansiedad. Manejo del estreñimiento/impactación fecal. Administración de medicación. Manejo de la vía aérea. Manejo ambiental. Alimentación.</p>	<p>Igual que en necesidades</p>

		<p>Mantenimiento de la salud bucal. Manejo de las náuseas. Manejo del vómito. Manejo de la diarrea. Manejo del dolor. Cambio de posición. Mejorar el sueño. Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal. Regulación de la temperatura. Ayuda con el autocuidado: baño/higiene Manejo ambiental: Seguridad.</p>	
--	--	--	--

CUIDADOS PALIATIVOS. Cuiden

Artículo	¿Intervenciones NIC?	¿Cuáles? Aspectos a tener en cuenta	Resumen
<p>Castro, S. E., Marinho, O. IC., y Rodrigues, F. A. (2016). Validation of a nursing care protocol for patients undergoing palliative care. <i>Acta Paul Enferm</i>, 29(4).</p>	No	<p>Manejo del dolor Administración de: analgésicos. Manejo de la vía aérea. Manejo de las náuseas. Manejo del vómito. Oxigenoterapia. Manejo de la diarrea. Manejo del estreñimiento/ impactación fecal. Manejo de la energía. Manejo de la demencia. Manejo del delirio. Facilitar el duelo. Apoyo emocional.</p>	<p>Creado un protocolo a partir de los NIC sobre los CP.</p>

		<p>Fomentar la implicación familiar. Apoyo familiar. Apoyo espiritual. Facilitar la práctica religiosa. Manejo ambiental Cuidados post mórtem Escucha activa</p>	
<p>Alves, C. GD., Carneiro, A. C., Ribeiro, S. S., Costa, V. S., y Pereira, A. A. (2014). Spiritual needs of patients in terminality: experience of nurse assistances. <i>J Nurs</i>, 8(4): 808-813.</p>	No	<p>Apoyo espiritual (abordar la dimensión de la espiritualidad, el interior del cuerpo). Facilitar la práctica religiosa. (conocer las creencias religiosas). Cuidados de la agonía Mejorar el afrontamiento (Alivio del sufrimiento). Apoyo emocional Escucha activa. Mejorar el afrontamiento. Dar esperanza Disminución de la ansiedad Manejo ambiental: confort.</p> <p>Abordar necesidades espirituales - valorar creencia (entender cómo influye en el paciente y su calidad de vida, mejora relación profesional), comunicación - apoyo emocional (fortalecer la esperanza y suavizar los síntomas, captar las necesidades, orar, disminución ansiedad), humanización (disposición, sensibilidad, morir con dignidad, confort en todos los ámbitos) y actividades religiosas (cirugía espiritual, meditación, visitas religiosas, adoración, servicios religiosos)</p>	Igual que en necesidades

<p>Teixeira, C. D. AL., Tonini, T., y Rodrigues A. L. (2014). Comfort in palliative care: the know-how of nurses in general hospital. <i>Nurs UFPE</i>, 8(3): 530-536.</p>	<p>No</p>	<p> Apoyo espiritual (conocer religión). Manejo ambiental. Manejo ambiental: confort (promover la comodidad). Manejo del dolor Manejo de la vía aérea Oxigenoterapia (disnea) Cuidados de la agonía. Alimentación. Fomentar la implicación familiar. Administración de mediación. Escucha activa. Apoyo emocional. Educación sanitaria. Ayuda en el autocuidado Dignidad en la muerte. Atención en la alimentación. Promover relación familia - paciente y en la prestación de cuidados. Educación sanitaria sobre los cuidados. </p>	<p> Estudio sobre el confort en el ámbito de CP. En solo dos entrevistas se tuvo consideración por la familia y relacionarlo con la comodidad del paciente. Además, se relacionaba más el confort con cubrir las necesidades físicas, que las demás. </p>
<p>Muñoz, T. A. (2015). ¿Qué elementos debemos incluir en el proceso de muerte digna visualizados en el estudio de un caso clínico en una residencia de mayores?. <i>Rev Paraninfo Digital</i>, 22.</p>	<p>Sí</p>	<p> Manejo de presiones Ayuda con el autocuidado Vigilancia de la piel Cambio de posición. Manejo del estreñimiento/impactación fecal Administración de la medicación. Cuidados de las UPP. Terapia de ejercicios: ambulación. Respeto y dignidad. </p>	<p>Ejemplificación de un caso. Igual que en necesidades.</p>

Miranda, L. FJ., León, C. RA., y Moreno, R. M. (2013). La conspiración de silencio: descripción de un caso clínico. <i>Rev Paraninfo Digital</i> , 7(19).	Sí	Apoyo emocional. Enseñanza: Proceso de enfermedad. Enseñanza: individual. Apoyo en la toma de decisiones.	Presentación de un caso de una paciente con cáncer de mama.
---	----	--	---

CUIDADOS PALIATIVOS. Cinahl

Artículo	¿Intervenciones NIC?	¿Cuáles? Aspecto a tener en cuenta	Resumen
Leadbeater, M. (2013). The role of a community palliative care specialist nurse team in caring for people with metastatic breast cancer. <i>International Journal Of Palliative Nursing</i> , 19(2): 93-97.	No	Apoyo emocional Enseñanza: proceso de enfermedad Manejo de la energía Manejo de las náuseas Manejo del vómito Manejo de la vía aérea Manejo del dolor Mejora de la imagen corporal Reunión multidisciplinar sobre cuidados	El estudio se basa en los cuidados de cáncer de mama metastásico. El síntoma más prevalente y que aumenta durante el progreso de la patología es el dolor.
Jo, K. H., Doorenbos, A. Z., Sung, D. KW., Hong, E., Rue, T., y Coenen, A. (2011). Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea. <i>International Journal of Nursing paliativos</i> , 17(8): 392-397.	Intervenciones CIPE	Administración de: analgésicos Manejo del dolor Apoyo emocional Apoyo espiritual Enseñanza: proceso de la enfermedad Manejo de la vía aérea Apoyo emocional Potenciación de la autoestima	Los CIPE más importantes según Corea del Sur para promover muerte digna

		(Privacidad, Establecer la confianza, establecer una buena relación. Trabajo multidisciplinar, mantener dignidad y privacidad, Asegurar continuidad de cuidados)	
Doorenbos, A. Z., Abaquin, C., Perrin, M. E., Eaton, L., Balabagno, A. O., Rue, T., y Ramos, R. (2011). Apoyando muerte digna en las Filipinas. <i>International Journal of Nursing paliativos</i> , 17(3): 125-130.	CIPE (Catálogo de cuidados paliativos para una muerte digna)	Protección de los derechos del paciente Manejo de electrolitos Colaboración con el médico Apoyo emocional Apoyo espiritual Manejo ambiental: seguridad Manejo de la vía aérea Manejo ambiental: confort Administración de analgésicos (proporcionar privacidad, Asegurar la continuidad de la atención, Mantener la dignidad y la privacidad, Establecer la confianza, Establecer una buena relación)	Los CIPE en filipinas que creen las enfermeras para promover una muerte digna.

ANEXO 5

¿Qué NIC se puede extraer del artículo? ¿En cuántos artículos se repite?	
5270 - Apoyo emocional	23
4920 - Escucha activa	18
1400 –Manejo del dolor	14
4520 - Apoyo espiritual	11
5510 - Educación para la salud	11
5602 - Enseñanza: proceso de enfermedad	11
5230 - Mejorar el afrontamiento	11
7140 - Apoyo a la familia	10
5260 - Cuidados en la agonía	9
6482 - Manejo ambiental: confort	9
3320 - Oxigenoterapia	9
2210 - Administración de analgésicos	8
2300 - Administración de medicación	8
6480 - Manejo ambiental	7
3140 - Manejo de la vía aérea	7
5820 - Disminución de la ansiedad	6
5290 - Facilitar el duelo	6
7110 - Fomentar la implicación familiar	6
1050 - Alimentación	5
5470 - Declarar la verdad al paciente	5
0450 - Manejo del estreñimiento/impactación fecal	5
5424 - Facilitar la práctica religiosa	4
6486 - Manejo ambiental: seguridad	4
1450 - Manejo de las náuseas	4
0180 - Manejo de la energía	4
3590 - Vigilancia de la piel	4
7040 - Apoyo al cuidador principal	3
1800 - Ayuda con el autocuidado	3
0840 - Cambio de posición	3
3520 - Cuidados de las úlceras por presión	3
5618 - Enseñanza: procedimiento/tratamiento	3
5280 - Facilitar el perdón	3
1570 - Manejo del vómito	3
5220 - Mejora de la imagen corporal	3
3540 - Prevención de úlceras por presión	3
8020 - Reunión multidisciplinar sobre cuidados	3
5880 - Técnica de relajación	3

1801 - Ayuda con el autocuidado: baño/higiene	2
5310 - Dar esperanza	2
8100 - Derivación	2
5616 - Enseñanza: medicamentos prescritos	2
0460 - Manejo de la diarrea	2
4120 - Manejo de líquidos	2
1850 - Mejorar el sueño	2
4400 - Musicoterapia	2
5400 - Potenciación de la autoestima	2
0221 - Terapia de ejercicios: ambulación	2
1056 - Alimentación enteral por sonda	1
5440 - Aumentar los sistemas de apoyo	1
1804 - Ayuda con el autocuidado: micción/defecación	1
1802 - Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal	1
5250 - Apoyo en la toma de decisiones	1
5240 - Asesoramiento	1
2395 - Control de la medicación	1
7710 - Colaboración con el médico	1
4220 - Cuidados del catéter central de inserción periférica (PIC)	1
1876 - Cuidados del catéter urinario	1
1770 - Cuidados post mórtem	1
5606 - Enseñanza: individual	1
0440 - Entrenamiento intestinal	1
7330 - Intermediación cultural	1
2000 - Manejo de electrolitos	1
6460 - Manejo de la demencia	1
6440 - Manejo del delirio	1
3500 - Manejo de presiones	1
1160 - Monitorización nutricional	1
7370 - Planificación para el alta	1
5370 - Potenciación de roles	1
3200 - Precauciones para evitar la aspiración	1
6550 - Protección contra las infecciones	1
7460 - Protección de los derechos del paciente	1
3900 - Regulación de la temperatura	1
1730 - Restablecimiento de la salud bucal	1
2110 - Terapia de hemodiálisis	1

ANEXO 6

METACATEGORÍA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
1. EXPERIENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS	Sentimientos positivos	Satisfacción (8)
		Trabajo significativo/gratificante (7)
		Bienestar/Seguridad/Confianza (4)
		Crecimiento profesional (3)
		Alegría (2)
		Orgullo (2)
		Aumento de la autoestima (1)
		Afortunadas (1)
		Autonomía y responsabilidad (1)
		Ver evolucionar a otros profesionales (1)
		Sentimientos negativos
	Abrumación (5)	
	Dolor (5)	
	Agotamiento (4)	
	Estrés (4)	
	Rabia (2)	
	Angustia (2)	
	Desmotivación (2)	
	Frustración (2)	
	"agredidas" por los sentimientos del paciente (1)	
	Miedo (1)	
	Ansiedad (1)	
	Sufrimiento (1)	
	Desilusión (1)	
	Ira (1)	
	Aislamiento (1)	
	Comunicar malas noticias (1)	
Responsables de la apariencia física del paciente (estar bien peinado) (1)		
"no trabajan bien si no se sienten bien" (1)		
Pérdida (1)		

METACATEGORÍA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
2. RELACIONES	Paciente	Establecer vínculo; equilibrio cercanía/distancia (10)
		Son más amables y pacientes; ayudan más (5)
		Dependencia emocional/ Vacío emocional (4)
		Dificultad de las enfermeras inexpertas (2)
		Respetar al paciente (2)
	Familia	Establecer conversaciones familia - paciente (4)
		Responsabilidad del bienestar (3)
		Conformes con la sedación paliativa (1)
		Reconocimiento (1)
	Uno mismo	Se involucran demasiado (2)
		Se sienten observadas (2)
		Recuerdo de un familiar (1)

METACATEGORÍA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
3. CUIDADOS PALIATIVOS	Positivo	Cuidado físico, psicológico y espiritual (5)
		Buena calidad de vida a los pacientes en situación terminal (3)
		Alivia el dolor para una buena muerte (3)
	Negativo	Auto limitante, no crecimiento profesional (1)
	Necesidades	Falta de tiempo (4)
		Falta de recursos (3)
		Falta de personal (3)
		Mayor confort (2)
		Falta de organización (2)
	Mayor autonomía al paciente (1)	
Mayor dedicación (1)		

METACATEGORÍA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
4. AUTOPERCEPCIÓN	Preocupaciones/ Replanteamientos	¿Su papel de enfermeras? (2)
		Han aprendido a cuidar a sus familiares (como enfermeras); afrontamiento diferente (2)
		Importancia de los opiáceos y de su posible adicción (2)
		Mayor preocupación por su salud y la de su familia (1)
		¿Por que esta profesión? (1)
		Necesidad de apoyo psicológico (1)
	Aportación personal	Replanteamiento vida/muerte (6)
		Conocerse a si mismo (3)
		Autoexigencias muy altas (2)
		Trabajar la esperanza (1)

METACATEGORÍA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
5. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	Necesidades	Formación/Reflexión/Educación (8)
		Hablar entre ellos (5)
		Realizar reuniones (3)
		Trabajar en equipo (2)
		Humanización de la atención (2)
		Despedida decente con el paciente (1)
	Negativo	No se sienten escuchados/Reconocidos (2)

METACATEGORÍA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
6. CONCEPTO DE MUERTE	Propio	Muerte = parte de su trabajo (5)
		Disminuye el miedo y aumenta la aceptación (3)
		Cultura/Religión es importante (2)
	Divinidad	Alargar la vida es antinatural (1)