



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**La Ansiedad en el Enfermo
Terminal relacionada con la
aplicación de Cuidados
Paliativos**

Alumno/a: López Cartas Raquel

Tutor/a: Prof^a. D^a Catalina López Martínez

Dpto: Departamento de Enfermería

Mayo, 2023



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**La Ansiedad en el Enfermo
Terminal relacionada con la
aplicación de Cuidados
Paliativos**

Alumno/a: López Cartas Raquel

Tutor/a: Prof^a. D^a Catalina López Martínez

Dpto: Departamento de Enfermería

Mayo, 2023

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a D^a Catalina López, por su apoyo, fuente de inspiración e inagotable voluntad. Gracias por hacerme ver la importancia de seguir intentándolo.

A mis abuelas, por demostrarme que al final de la vida, hay mucha vida.

A mis padres y hermana, por ser mi apoyo incondicional y no soltarme nunca.

Gracias por acompañarme en este camino. Sin vosotros nada sería posible.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
1. Introducción	8
1.1. Los Cuidados Paliativos y el Enfermo Terminal. Datos y Cifras	8
1.2. Historia de los Cuidados Paliativos.....	8
1.3. El Paciente Terminal y la Familia	9
1.4. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos y sus equipos. Función y Organización	10
1.5. La Enfermedad Terminal	11
1.6. Control de síntomas en Cuidados Paliativos	14
1.7. Uso de la Vía Subcutánea para el control de síntomas	15
1.8. Tratamiento del Dolor:	17
1.9. La Escalera Analgésica de la OMS	19
1.10. La Atención Paliativa Domiciliaria	20
1.11. La Ansiedad en el Enfermo Terminal	21
1.11.1. Instrumentos para medir la Ansiedad.....	22
1.12. Final de la vida y acompañamiento al enfermo terminal en los últimos días.	23
1.13. Justificación.....	24
2. Material y métodos.....	25
2.1. Diseño.....	25
2.2. Estrategia de búsqueda	25
2.3. Criterios de inclusión y exclusión	27
2.4. Descripción general de los resultados de la búsqueda	28
2.5. Análisis.....	30
3. Resultados	30
3.1. Descripción de las características de los estudios incluidos	30
3.2. Descripción de los resultados de la revisión	38
3.3. Descripción del análisis exploratorio	45
4. Discusión.....	47
5. Conclusiones	49
6. Bibliografía.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de síntomas en enfermos terminales.....	14
Tabla 2. Fármacos que nunca deben administrarse Vía Subcutánea.....	17
Tabla 3. Resumen de la Búsqueda Bibliográfica.	25
Tabla 4. Características de los estudios incluidos.	32
Tabla 5. Resultados de los estudios incluidos.	40
Tabla 6. Test del Signo. Cuidados Paliativos Convencionales	45
Tabla 7. Test del Signo. Cuidados Paliativos Hospitalarios	46
Tabla 8. Test del Signo. Cuidados Paliativos Domiciliarios.....	46
Tabla 9. Test del Signo. Terapia de Dignidad.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma	29
----------------------------	----

RESUMEN

Introducción: los Cuidados Paliativos hacen referencia a la prestación de cuidados a los enfermos terminales y tienen el principal objetivo de mejorar la calidad de vida en la fase terminal del paciente. Se considera enfermo terminal aquel que cursa una enfermedad avanzada para la cual no existe progreso con tratamientos activos, con presencia de síntomas variables, impacto en múltiples esferas y con una consecuente probabilidad de supervivencia que no supera los 6 meses. Los objetivos principales van dirigidos al abordaje integral de la unidad paciente-familia, el adecuado control de síntomas y la aplicación de intervenciones que permitan abordar el ámbito fisiológico, psicológico, social, económico y familiar del paciente terminal. La ansiedad resulta ser uno de los síntomas más complejos de paliar en el enfermo terminal. **Objetivo:** el fin de esta revisión es determinar en qué medida la aplicación de Cuidados Paliativos y sus intervenciones influyen en la variación de los niveles de ansiedad en los enfermos terminales y sus familiares o cuidadores. **Metodología:** se ha llevado a cabo una revisión de la literatura con elementos de revisión sistemática. Primeramente, se han formado las cadenas de búsqueda para posteriormente utilizarlas en las bases de datos PubMed, Cinahl, Science Direct, Web of Science, LILACS y Dialnet, obteniéndose a partir de éstas los artículos a incluir en la revisión realizada en base a unos criterios de inclusión preestablecidos. Tras la selección de estudios, se recoge para cada uno de ellos la información y resultados útiles para alcanzar el objetivo definido mediante las tablas realizadas. En última instancia se realiza un análisis exploratorio de los resultados obtenidos para las intervenciones seleccionadas mediante el test del signo. **Resultados:** en total se incluyen 16 artículos, de los cuales se recogen las intervenciones de Cuidados Paliativos que se llevan a cabo y los niveles de ansiedad que se obtienen en los pacientes terminales o familiares/cuidadores según el tipo de intervención llevada a cabo o el ámbito en el que se prestan estos cuidados (mediante comparación de intervenciones entre sí o valoración mediante diseño pre-post test o pre-post intervención). Estos niveles de ansiedad se valoran según las escalas “HADS-Ansiedad”, “HADS-Puntuación Total” o “Escala de Ansiedad de Hamilton”. **Conclusiones:** es posible que aquellos pacientes terminales que reciben intervenciones de Cuidados Paliativos presenten niveles menores de ansiedad que aquellos que no los reciben o que reciben una asistencia sanitaria convencional

Palabras clave: Nivel de Ansiedad, Enfermo Terminal, Cuidados Paliativos, Cuidados Paliativos Domiciliarios, Cuidados Paliativos Hospitalarios, Cuidados Paliativos Ambulatorios

ABSTRACT

Introduction: Palliative Care refers to the provision of care for the terminally ill and its main objective is to improve the patient's quality of life in the terminal phase. A terminally ill is considered to be the one with an advanced disease for which there is no progress with active treatments, with the presence of variable symptoms, impact on multiple spheres and with a consequent probability of survival that does not exceed 6 months. The main objectives are directed towards the integral approach of the patient-family unit, the adequate control of symptoms and the application of interventions that allow the physiological, psychological, social, economic and family spheres of the terminal patient to be addressed. Anxiety is one of the most complex symptoms to alleviate in the terminally ill. **Objective:** the aim of this review is to determinate how does the application of Palliative Care and its interventions influence the variation in anxiety levels in terminally patients and in their relatives or carers. **Methodology:** a review of the literature was carried out with elements of a systematic review. Firstly, search strings were formed and then used in the databases PubMed, Cinahl, Science Direct, Web of Science, LILACS and Dialnet, obtaining from these the articles to be included in the review based on pre-established inclusion criteria. After the selection of studies, the information and results useful for achieving the defined objective are collected for each of them using the tables. Finally, an exploratory analysis of the results obtained from the selected interventions is carried out using the sign test. **Results:** a total of 16 articles are included, from which the palliative care interventions and the levels of anxiety obtained in terminally patients or relatives/caregivers are collected according to the type of the intervention that was carried out or the setting in which this care is provided (by comparing interventions with each other or assessment by means of a pre-post intervention design). These anxiety levels are assessed according to the "HADS-Anxiety", "HADS-Total Score" scales or "Hamilton Anxiety Scale". **Conclusions:** it is possible that terminally ill patients who receive palliative care interventions have lower levels of anxiety than those who do not receive palliative care or those who receive conventional health care.

Key Words: Anxiety Level, Terminally Ill, Palliative Care, Palliative Home Care, Palliative Hospital Care, Palliative Outpatient Care.

1. Introducción

1.1. Los Cuidados Paliativos y el Enfermo Terminal. Datos y Cifras

Según dicta la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una estimación aproximada de 40 millones de personas a nivel mundial que requieren de la prestación de Cuidados Paliativos (CP). En cuanto a esta población, un 78% pertenece a países que presentan ingresos medios o bajos. Sin embargo, a pesar de estas cifras, únicamente un 14% consigue acceso a este tipo de servicio (1).

Así, el enfermo terminal que cursa una enfermedad avanzada, necesitará de unos cuidados paliativos con el fin de paliar los diferentes síntomas y problemas que aparecen no solo en el ámbito físico, sino también en el psicológico, social, familiar y espiritual (2).

Actualmente y con enfoque a nivel mundial, se pueden detectar infinidad de obstáculos que hacen comprensible la insatisfacción general con el acceso a los CP mencionados anteriormente. Entre ellos, encontramos principalmente el desamparo hacia este tipo de asistencia que muestran tanto las políticas como los sistemas de salud implicados, la escasa formación que reciben los diferentes profesionales sanitarios en el ámbito de los CP, sin dejar atrás la imposibilidad del acceso a la medicación esencial por parte de la población que verdaderamente la necesita para hacer frente a los procesos crónicos y terminales avanzados por los que cursan (1).

1.2. Historia de los Cuidados Paliativos.

En el año 1984, se comenzó a hacer uso por primera vez en Lyon (Francia) de la palabra “Hospice” para hacer referencia a la prestación de cuidados a los enfermos terminales. Así, algunas figuras pioneras de los CP y el movimiento “Hospice”, tales como Jeanne Garnier, Anne Blunt o Cicely Saunders, comenzaron a hacer enfoque en la investigación de la prestación de cuidados a los enfermos terminales, los cuales normalmente se hallaban en situaciones de vulnerabilidad y abandono en los grandes hospitales de la época (3).

De igual manera, se va divulgando e implantando el movimiento “Hospice” en los diferentes centros hospitalarios, con base en principios como lo son: prestación de atención total y de manera activa y prolongada en el tiempo, proporcionada de manera multidisciplinar por los diferentes profesionales sanitarios y no con una finalidad de supervivencia, sino de mejora de la calidad de vida del paciente terminal (3).

1.3. El Paciente Terminal y la Familia

La prestación de los Cuidados Paliativos no únicamente va dirigida al paciente terminal, sino que, tal y como se propone en la valoración de la unidad paciente-familia, se establece un abordaje especial y dirigido a la familia del enfermo. De esta manera, el equipo multidisciplinar que presta los cuidados valorará el estado del paciente, pero también el de los familiares y cuidadores principales de la persona. Así, se buscará conseguir en ambos sentidos una mejora de la calidad de vida, indagar en cómo ha afectado la propia enfermedad y el tratamiento en la misma, intento del control de la esfera física, psíquica y ambiental... (4).

Por otro lado, la prestación de una educación en cuanto a la nutrición aconsejada, la disponibilidad y uso de la medicación para paliar determinados síntomas, la importancia de una adecuada higiene y la puesta en conocimiento de la baraja de opciones para hacer frente a las complicaciones y situaciones de tensión que irán surgiendo a lo largo del proceso patológico será imprescindible para sobrellevar la enfermedad terminal, tanto en el paciente como en sus familiares o cuidadores (4).

A continuación, se redacta la baraja de acciones y cuidados que el Equipo de Cuidados Paliativos debe poner a disposición de los familiares de aquellos pacientes que cursan por una enfermedad avanzada y terminal con el fin de conseguir una atención de calidad (5):

- Proporcionar información concisa y con tacto sobre la evolución de la situación clínica del enfermo, los cambios y la puesta en marcha de decisiones que se van produciendo a lo largo de la enfermedad.
- Dar un trato individualizado, adecuado y evitando el retraso.
- Poner a disposición la información necesaria para ofrecer un adecuado cuidado al enfermo y permitir la participación en el mismo.
- Mostrar disposición para la consulta continuada de dudas que vayan surgiendo.
- Dar a conocer y prestar las ayudas institucionales disponibles para hacer posible el cuidado del enfermo.
- Permitir dentro de las posibilidades de cada momento y situación el acompañamiento continuo del enfermo por parte de los familiares o cuidadores.
- Proporcionar la ayuda psicológica necesaria y suficiente para poder hacer frente a la situación del enfermo, la enfermedad y su curso, al igual que para poder prestar un cuidado de calidad.

Por otra parte, basándonos en la preferencia que muestra el paciente por recibir un cuidado en el domicilio en sus últimos días de vida, se deberá de tener en cuenta la sobrecarga que supone en los familiares o cuidadores que se harán cargo del cuidado de la persona las 24 horas del día. Es por ello que se han desarrollado diferentes instrumentos para valorar esta sobrecarga del cuidador, tales como “The Caregiver Reaction Assessment”, “The Caregiver Inventory” o “La Entrevista SOFBI: Subjective and Objective Family Burden Interview” (6).

1.4. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos y sus equipos. Función y Organización

Partiendo de la Década de los 90, el Sistema de Salud Español ya proponía una mejora en la atención integral a los enfermos que se encontraban en situación de enfermedad avanzada y terminal. Así, la necesaria implementación de una fundación que permitiese la mejora de la calidad de vida de estos enfermos, junto a una adecuada formación profesional, investigación y cuidados especiales dirigidos a los mismos, dio pie a la creación de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en el mes de enero del año 1992 (2).

Con el avance progresivo que se ha producido en las últimas décadas de las enfermedades terminales se requiere consecuentemente el establecimiento de diversos objetivos, con el fin de suplir las distintas necesidades que van surgiendo tanto en el enfermo terminal como en la familia del mismo (2).

De esta manera, el equipo interdisciplinar que conforma la SECPAL, formado por alrededor de unos 300 profesionales pertenecientes a diferentes especialidades, permite conseguir una buena organización en la prestación de los Cuidados Paliativos (2).

A su vez, es necesaria la conducción de estos Cuidados Paliativos hacia una misma dirección. Para ello se establecen una serie de principios generales necesarios para un buen funcionamiento, siendo éstos los siguientes (2):

- Dirigir la mejoría de la atención a los enfermos terminales hacia el establecimiento de medidas diferenciales según las patologías base terminales por las que están cursando (neoplasia, SIDA, edad avanzada...) e implementarlas en los centros donde se ubiquen (Centros hospitalarios, Centros sociosanitarios, Centros para personas mayores dependientes...).
- Mantener la moldeabilidad y permeabilidad del sistema con el fin de dar respuesta a los estados, necesidades y exigencias dinámicas de los enfermos a los que se atienden.

- Prestar atención a las necesidades propias de los enfermos terminales y sus familias en el lugar donde deseen, teniendo en cuenta las posibilidades existentes que abarcan los recursos de los que se disponen, buscando la interconexión entre los mismos y permitiendo así una atención ininterrumpida y de buena calidad.

Por otra parte, existen diferentes medidas clave a establecer en los distintos equipos de servicios a los que recurren con alta frecuencia los enfermos terminales (claro ejemplo de ellos son Atención Primaria o los Servicios de Oncología), siendo estas medidas de bajo coste, pero gran efectividad, tales como (2):

- Mejora de la disponibilidad, predisposición y actitud de los profesionales.
- Ofrecer un lugar con privacidad y dedicar tiempo de calidad para prestar los cuidados y dar respuesta a las necesidades o problemas que van surgiendo.
- Posibilidad de realizar una atención en el domicilio.
- Uso y manejo adecuado de la documentación.
- Desarrollo y establecimiento de protocolos que den una rápida y eficaz respuesta a los problemas y situaciones más frecuentes en el ámbito de los Cuidados Paliativos...

Inevitablemente hay que tener en cuenta que la creación de un Equipo de Cuidados Paliativos supone un proceso complejo, ya que deben establecerse unos objetivos claramente definidos, se requiere una adecuada formación profesional de los miembros que lo componen y la asignación clara de roles a cada uno de ellos para una buena organización en la práctica. De esta manera, los profesionales normalmente implicados en la atención que presta este equipo suelen ser médicos, equipo de enfermería, auxiliares de enfermería, psicología, fisioterapia y ergoterapia, trabajadores sociales... (2)

Además, es de vital importancia la formación y recibimiento de posibles voluntarios pertenecientes a la población y dirigidos al ámbito de los Cuidados Paliativos, con el objetivo final de servir como nexo de unión y soporte entre la propia comunidad y los equipos que prestan la atención necesaria (2).

1.5. La Enfermedad Terminal

Según establece la SECPAL, ante una situación de enfermedad terminal nos enfrentaremos a una baraja de características vitales que nos ayudarán a discernir si estamos ante una de ellas o no. Esto no ayudará únicamente a definir la situación de enfermedad terminal como tal, sino

que también permitirá seleccionar y establecer el plan terapéutico adecuado para abordar la misma (2).

Los posibles elementos clave para definir la situación terminal son los siguientes (2):

- Curso de una enfermedad avanzada, que progresa continuamente en el tiempo y que no revierte con el mantenimiento de tratamientos o intervenciones activas, es decir, incurable.
- Padecimiento de numerosos síntomas multifactoriales y otros problemas variables en intensidad y dinámica.
- Impacto acentuado a nivel emocional, tanto en el propio paciente como en la familia y equipo correspondiente que lo acompaña y atiende, todo ello relacionado con la muerte, que puede darse explícitamente o no.
- Probabilidad de supervivencia o pronóstico de vida que no supera los 6 meses.

Las etapas a lo largo de la enfermedad que termina siendo avanzada y terminal son dinámicas y variables en el tiempo. Es por ello que en el proceso de evolución de la enfermedad se establecen tratamientos curativos (es decir, se establece un tratamiento activo) y tratamientos paliativos (los cuales permitirán paliar los síntomas y problemas que irán apareciendo en el enfermo terminal cuando el tratamiento curativo previamente implementado deje de responder en el paciente) (2).

Así, cuando la enfermedad está avanzada y el enfermo comienza a hacer frente de manera más continua y dolorosa a las consecuencias de la enfermedad terminal, el principal objetivo de los profesionales sanitarios que integran los Equipos de Cuidados Paliativos y otras Unidades es el de promocionar el confort, tanto del paciente como de la familia (2).

Así, se destacan como principales objetivos orientados al cuidado de los enfermos terminales los siguientes (2):

- Búsqueda y prestación de una atención al paciente que sea individual y mantenida en el tiempo, con el abordaje de cuestiones físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Consideración de la Unidad Familia-Paciente en su conjunto como núcleo a tratar, ya que la propia familia será uno de los puntos clave para hacer posible la opción de una adecuada atención en el domicilio.
- Dar a conocer la baraja de medidas de ayuda y los recursos educativos disponibles para el paciente y su familia.

- Adquirir conocimientos, técnicas y habilidades prácticas para un mayor confort conforme a la evolución de la enfermedad.
- Establecer los objetivos y las medidas terapéuticas propuestas de manera conjunta con la Unidad Familia-Paciente, orientando los mismos hacia el confort, autonomía y dignidad del enfermo. Todo ello con el enfermo, y no únicamente para el enfermo.
- Mantenimiento y preservación del entorno del paciente, con el objetivo de preservar su comodidad y mantener un espacio adecuado para el continuo manejo de síntomas y resolución de circunstancias que irán surgiendo a lo largo del proceso de la enfermedad avanzada.
- Adecuar un buen control de síntomas en el paciente, para lo cual es de vital importancia un buen reconocimiento de los síntomas, evaluándolos y tratándolos de manera individual con el fin de preservar el confort de la persona y de su familia. Sin embargo, cabe la posibilidad de que algunos de ellos no puedan tratarse ni paliarse, por lo que en estos casos la función del equipo profesional será poner en conocimiento del paciente la necesidad de su adaptación a los mismos.
- Creación de una relación fiable y de confianza entre el equipo de profesionales y el enfermo junto a su correspondiente familia. Esto permitirá además de prestar los cuidados nombrados, gestionar un adecuado apoyo emocional basado en una buena comunicación y, en consecuencia, un buen funcionamiento en la “cadena” profesional-paciente-familia.
- Mantenimiento de la flexibilidad necesaria para la dinámica tanto del proceso de la enfermedad del paciente como de sus correspondientes necesidades.
- Mantenimiento en el tiempo del concepto de “Equipo Multidisciplinar”, el cual es necesario para abarcar los cuidados que se prestan.

Para un adecuado abordaje de los síntomas en el Enfermo Terminal se debe tener en cuenta la alta probabilidad de aparición de los llamados síntomas refractarios, los cuales no consiguen ser controlados mediante el uso de tratamientos específicos que no conlleven la disminución de la conciencia en la persona (7).

Ante este tipo de síntomas se prioriza el establecimiento de un tratamiento conocido como la “Sedación Paliativa”, mediante el cual se administrará una combinación determinada de fármacos que conseguirá reducir el nivel de consciencia de la persona que cursa la enfermedad terminal, con el fin de paliar los síntomas nombrados, todo ello bajo previo consentimiento del paciente o su familia (7).

1.6. Control de síntomas en Cuidados Paliativos

Uno de los principales objetivos del Equipo de Cuidados Paliativos es conseguir un adecuado control de los síntomas a lo largo de la evolución clínica del paciente terminal. Así, podemos definir “Síntoma” como aquello considerado como una molestia o malestar para el paciente, siendo claro ejemplo de esto el dolor, las náuseas o ganas de vomitar, la dificultad durante el ciclo respiratorio... (8)

Sin embargo, a pesar de que el control de los síntomas en el paciente terminal sea imprescindible para mantener una buena calidad de vida dentro de las posibilidades, los Cuidados Paliativos van dirigidos más allá de este aspecto, centrándose a su vez en el bienestar bio-psico-social de la persona, pero también de la familia y cuidadores principales del mismo (8).

Por otra parte, dirigir tanto al paciente como a sus familiares hacia el camino de la preparación para la muerte de la persona con enfermedad terminal es importante, acompañando en el proceso de adaptación hacia el deterioro físico irremediable y la llegada del fallecimiento de la persona en un tiempo no muy lejano (8).

A continuación, en la tabla 1 se recogen las prevalencias de los síntomas más comunes en el enfermo terminal:

Tabla 1. Prevalencia de síntomas en enfermos terminales

SINTOMA	PREVALENCIA %	95% INT.CONFIANZA
Astenia	90	81-100
Anorexia	85	78-92
Dolor	78	78-92
Náusea	68	61-75
Constipación	65	40-80
Sedación-confusión	60	40-75
Disnea	12	8-16

*Fuente: Simone G, Tripodoro V. Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas: Manual para estudiantes de la carrera de medicina [Internet]. Buenos Aires: Pallium Latinoamérica. 2004 (8).

En esta dirección, las causas más probables de la aparición de los anteriores síntomas pueden ser (8):

- La presencia de cáncer (ejemplo de dolor ubicado en la parrilla costal debido a la presencia de tumor y metástasis en los huesos).

- La aplicación de un tratamiento determinado (ejemplo del estreñimiento inducido por la administración de opioides).
- La presencia de síntomas relacionados con otros consecuentes de tumores (ejemplo del dolor en los músculos con origen en el cansancio crónico y caquexia derivados del cáncer).
- El curso de una patología recurrente (ejemplo de vómitos derivados de cualquier otro factor patológico, sin proceder de la posible neoplasia presente).

En general, la presencia de cualquiera de los síntomas anteriores tendrá un impacto en mayor o menor medida en el estado general de la persona que lo sufre. Es por ello que, en la función que ejerce el Equipo de Cuidados Paliativos, no únicamente será relevante el estudio de la intensidad de los síntomas presentes, sino que también se incidirá en la forma en la que afectan los mismos en la calidad de vida, al igual que en el ámbito psicosocial de la persona. De esta manera podríamos referirnos a este cuidado como “Cuidado Paliativo Total” (8).

Mediante la observación exhaustiva e integral de la persona se pueden conseguir resultados efectivos, ya que esta acción supone a su vez el establecimiento de un contacto directo con el paciente y una escucha activa, la cual en la mayoría de los casos puede facilitar la búsqueda de soluciones ante factores psicológicos frecuentemente mostrados en los enfermos terminales, como son el miedo, la ansiedad o la frustración... (8)

1.7. Uso de la Vía Subcutánea para el control de síntomas

El uso de la vía subcutánea para el manejo de fármacos e hidratación en el enfermo terminal supone una mejora en la calidad de vida, autonomía y comodidad de la persona que los recibe y sus respectivos familiares. Sumado a estos beneficios, el uso de la vía subcutánea permite obtener una concentración plasmática de los fármacos administrados muy parecida a la que se obtiene mediante la vía intravenosa, además de suponer una mayor facilidad para su manejo y mantenimiento en el tiempo por parte del equipo profesional sanitario. Sin embargo, las desventajas en el uso de esta vía de administración también están presentes y son las siguientes (9):

- La incompatibilidad de determinados fármacos para su administración mediante la vía subcutánea.
- El requerimiento de un mayor tiempo para suministrar la misma dosis comparada con la vía intravenosa.

- La limitación del volumen con posibilidad de infundir mediante hipodermocclisis (3 litros por día).
- Las posibles reacciones, alergias o molestias locales con posibilidad de aparecer en la zona de canalización de la vía subcutánea.

Además, con el fin de implementar la vía subcutánea, se requiere que los pacientes presenten al menos alguna de las características expuestas a continuación (9):

- Dificultad para la administración de fármacos vía oral ante posibles trastornos de tubo digestivo (ejemplo de ganas constantes de vomitar, diarrea, dolor al tragar, obstrucción en el intestino, fístulas en el esófago o en la tráquea...).
- Mala tolerancia a los fármacos opioides administrados por vía oral.
- Trastornos neurológicos que conlleven la aparición de convulsiones, delirio, disminución del nivel de consciencia, inquietud psicomotora...
- Requerimiento de canalización de una vía que no sea intravenosa por su dificultad ante el mal acceso venoso por la situación clínica desfavorable de la persona (ejemplo de debilidad de los vasos sanguíneos, presencia de edema en los miembros superiores e inferiores, traumatismos previos en las extremidades...).
- Presencia de deshidratación que no llegue a considerarse como grave.
- Necesidad de un adecuado control tanto del dolor como del aumento considerable de las secreciones, la dificultad para respirar y otros síntomas con imposibilidad de controlarse mediante el uso de la vía oral.
- Requerimiento de sedación paliativa o aquellos pacientes que se encuentren en una situación clínica muy cercana al fallecimiento.
- Aquellos pacientes a los que se le prestan los cuidados en el hogar y requieren del uso de una vía fácil de manejar y que permita mantener la autonomía al paciente y a la familia, con el fin de conservar la administración de los fármacos que necesitan sin necesidad de estar hospitalizado.

En todo momento se tendrá que tener en cuenta una buena canalización de la vía subcutánea, con lo cual se deberá evitar el uso de zonas corporales con pliegues, articulaciones, prominencias óseas o aquellas con tejido subcutáneo escaso (9).

Como punto relevante a destacar, existen ciertos fármacos que no son compatibles en su administración por vía subcutánea, los cuales se muestran en la tabla representada a continuación: (10)

Tabla 2. Fármacos que nunca deben administrarse Vía Subcutánea

Principio activo	Presentación comercial ^a		
ADENOSINA	Adenocor amp 6mg/2ml	DOPAMINA	Dopamina amp 200mg/5ml
AMIODARONA	Trangorex amp 150mg/3ml	FENOBARBITAL	Luminal amp 200mg/1ml
ANTIBIÓTICOS		FITOMENADIONA (Vitamina K)	Konakion amp 10mg/1ml
<i>No se deben administrar por vía SC excepto Ampicilina, Cefepime, Ceftriaxona, Ertapenem, Teicoplanina y Tobramicina. Otros antibióticos pueden causar necrosis tisular.</i>		FLUMAZENILO	Flumazenilo amp 0,5mg/5ml
ANTIPILEPTICOS		ISONIAZIDA	Cemidon amp 300mg/5ml
BACLOFENO	Lioresal amp 0,05mg/1ml	LIDOCAÍNA	Lidocaína amp
BIPERIDENO	Akineton amp 5mg/1ml	METAMIZOL	Nolotil amp 2g/10ml
CLOMIPRAMINA	Anafranil amp 25mg/2ml	<i>No administrar por vía SC debido a su elevado poder irritante local.</i>	
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO	Tranxilium vial 50mg + amp 2,5ml	NITROGLICERINA	Solinitrina amp 5mg/5ml
CLORPROMAZINA	Largactil amp 25mg/5ml	PARACETAMOL	Perfalgan solución 1g/100ml
<i>Puede causar necrosis grasa en el punto de infusión con cierta frecuencia. Por lo tanto, sólo se administraría en infusión continua entre 10 y 20mg/24h para el control del hipo.</i>		PROPAFENONA	Rytmonorm amp 70mg/20ml
DIAZEPAM	Valium amp 10mg/2ml	SULPIRIDA	Dogmatil amp 100mg/2ml
<i>Tiene un excipiente oleoso que impide su correcta absorción. Puede causar necrosis tisular.</i>		TEOFILINA	Eufilina venosa 200mg/10ml
DIGOXINA	Digoxina amp 0.50mg/2ml	TIAPRIDA	Tiaprízal amp 100mg/2ml
		TIAMINA (Vitamina B1)	Benerva amp 100mg/1ml
		VALPROATO	Depakine vial 400mg + amp 4ml
		VERAPAMILLO	Manidon amp 5mg/2ml

*Fuente: Matoses Chirivella C, Rodríguez Lucena FJ, Sanz Tamargo G, Murcia López AC, Morante Hernández M, Navarro Ruiz AJFH. Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. Farm Hosp [Internet]. 2015;39(2):71-79 (10).

1.8. Tratamiento del Dolor:

Según la OMS, uno de los objetivos más importantes que persigue el Equipo de Cuidados Paliativos es el de “proporcionar el alivio del dolor y otros síntomas que producen sufrimiento...”. Así, conseguir un adecuado alivio y control de los síntomas presentes tanto en los enfermos terminales oncológicos como en los no oncológicos es imprescindible para paliar el sufrimiento y conseguir una mejora en la calidad de vida tanto de estos pacientes como de sus cuidadores (7).

Con el objetivo final de conseguir abordar el dolor de manera integral se deberá conocer la clasificación en todas sus formas, siendo ésta la siguiente según:

- **Duración:** se clasifica a su vez en Agudo (no se prolonga durante mucho tiempo, se puede localizar fácilmente y normalmente va acompañado de síntomas procedentes del Sistema Nervioso Autónomo) y Crónico (prolongándose hasta 3-6 meses en el tiempo y teniendo

consecuencias en la personalidad de la persona afectada, tales como pérdida de apetito y peso, depresión, problemas para conciliar el sueño...) (11).

- Patogenia: clasificándose a su vez en Neuropático (apareciendo cuando el SNC se ve estimulado por un estímulo doloroso o se produce una lesión de las vías nerviosas periféricas, pudiéndose describir éste como punzante, en forma de quemazón y posiblemente acompañado por síntomas como parestesia, hiperestesia...), Nociceptivo (suele ser el más frecuente y se clasifica a su vez en somático y visceral, explicados a continuación en la clasificación del dolor según la localización) y Psicogénico (se trata de un dolor descrito como no orgánico, aparece como consecuencia de factores psicológicos, requiere del establecimiento de un tratamiento pautado por psiquiatra y con gran frecuencia conlleva la necesidad del aumento ininterrumpido y prolongado en el tiempo de las dosis de analgésicos, resultando tener escasa eficacia) (12).
- Localización: clasificado en Somático (dolor que aparece ante una excitación anormal de los nociceptores, ya sean profundos o superficiales, se puede localizar fácilmente, es punzante y con capacidad de ramificarse siguiendo la trayectoria de las vías nerviosas somáticas) (9) y Visceral (dolor de difícil localización que se mantiene continuo en el tiempo y se presenta con profundidad en el organismo, es sordo y está seguido frecuentemente de respuestas reflejas motoras procedentes del Sistema Nervioso Autónomo, debido a la estimulación anormal de los nociceptores viscerales) (11).
- Curso: clasificado a su vez en Continuo (dolor que se mantiene en el tiempo de manera continua, sin interrupción y que no termina de desaparecer) e Irruptivo (dolor que aparece en pacientes que presentan un dolor de base controlado debido a diversos factores, haciendo que aparezca una exacerbación del mismo de forma transitoria, siendo claro ejemplo el Dolor Incidental, el cual es inducido por una acción o movimiento iniciado por el propio paciente) (12).
- Intensidad: valorándolo según la “Escala Verbal Numérica” (EVN) puede clasificarse en Leve (con una puntuación comprendida entre 1 y 3, sin limitación en la actividad habitual de la persona y necesidad de administración de Analgésicos no opioides), Moderado (con una puntuación entre 4 y 7, con limitación importante de la actividad habitual y necesidad de administración de Opioides menores) o Intenso (con una puntuación entre 8 y 10, suponiendo la imposibilidad de llevar a cabo la actividad habitual, alterando el estado general del paciente, incidiendo en el patrón de descanso de la persona y necesitando de la administración de Opioides mayores) (7).

Además, cabe destacar que la prevalencia del dolor varía en el paciente según la etapa de la enfermedad por la que está cursando y el tipo de tratamiento que está recibiendo (13).

1.9. La Escalera Analgésica de la OMS

El dolor en el paciente se considera como una experiencia individual, sensorial y emocional desagradable (2), asociada con un daño de los tejidos real o potencial (11).

Es por ello que ante la referencia del paciente de que tiene dolor se debe actuar conforme al mismo con el objetivo de aliviarlo sin juzgarlo ni menospreciarlo. Para ello, el uso de los analgésicos es uno de los posibles métodos eficaces entre otras muchas intervenciones (2).

Con este fin, la OMS se apoya en la escalera de analgésicos, la cual está dividida en los 3 escalones siguientes que se desarrollan a continuación (7):

- Primer escalón: se hace uso de analgésicos periféricos, acompañados o no de los correspondientes coadyuvantes. Ejemplo del Paracetamol y Metamizol (conocidos como No ácidos) y los clasificados como Ácidos, siendo claros ejemplos el Ácido Acetilsalicílico, Ketorolaco, Tenoxicam, Celecoxib...
- Segundo escalón: en caso de que los analgésicos pautados del primer escalón no hagan mejorar el dolor en el paciente se pasará a este segundo nivel, en el cual se hará uso de los Opioides conocidos como Débiles o Menores, complementándolos o no con los fármacos coadyuvantes necesarios, y en caso de necesitarlo, combinándolos con los fármacos nombrados en el primer escalón. Este escalón lo conforman fármacos como lo son la Codeína, Dihidrocodeína, Tramadol... Además, cabe destacar que tienen techo analgésico, es decir, el aumento progresivo en el tiempo de la dosis hará cesar o disminuir la eficacia del fármaco.
- Tercer escalón: en este caso se hará uso del tercer escalón cuando los Opioides Débiles administrados en el segundo nivel no hayan hecho surgir efecto en el control del dolor. En este tercer nivel se hace uso de los Opioides Potentes o Mayores, combinándolos o no con los correspondientes coanalgésicos, siendo ejemplo de ellos la Morfina, Fentanilo, Oxycodona, Hidromorfona, Tapentadol, Buprenorfina, Meperidina, Metadona... cabiendo la posibilidad de combinarlos a su vez con los analgésicos no opioides del primer escalón, al igual que en el segundo nivel.

1.10. La Atención Paliativa Domiciliaria

Diversos estudios han mostrado a lo largo del tiempo la preferencia, tanto por parte de los pacientes terminales como de sus correspondientes familiares o cuidadores, por pasar los últimos meses o días de vida en sus domicilios u hogares, en vez de en hospitales u otros tipos de centros para la prestación de cuidados (14).

Sin embargo, partiendo de otros estudios realizados, se muestra que tan solo un 29% de los enfermos que terminan falleciendo lo hicieron en sus respectivos domicilios, siendo el porcentaje restante correspondiente a aquellos que fallecieron en hospitales (14).

Así, centrándonos en la atención domiciliaria paliativa, se observan unos beneficios claros, tanto para el paciente como para la familia, siendo algunos de ellos los siguientes (14):

- Permanecer en un espacio seguro, confortable y ya conocido.
- Mantenimiento de la privacidad y la rutina habitual dentro de las posibilidades.
- Proporción de una mayor libertad en cuanto a la nutrición y los horarios establecidos.
- Posibilidad de una mayor participación activa en el cuidado, con mayor tranquilidad y menos presión.
- Sensación de una mayor complacencia del enfermo con respecto a sus deseos y voluntades.

Además, si se hiciese posible el aumento del porcentaje de pacientes que reciben CP continuos en el domicilio, se evitarían muchas otras situaciones perjudiciales para el enfermo, como es el caso del ensañamiento terapéutico o el establecimiento de tratamientos e intervenciones fútiles (14).

Sin embargo, cabe destacar que, al igual que los beneficios de este servicio son claros, existen condiciones que deben estar presentes en el paciente y en la familia para el establecimiento de los CP domiciliarios. Es por ello que el paciente deberá desear y estar dispuesto a permanecer en el domicilio, la esfera social y familiar tendrá que ser la adecuada, al igual que la disponibilidad de la familia y el Equipo de CP para una adecuada prestación de cuidados (14).

Para un adecuado funcionamiento del Equipo de CP se requiere de visitas al hogar por parte de coordinador médico, el cual irá evaluando de manera periódica las diferentes necesidades que van surgiendo en el enfermo y sus familiares, con el fin de establecer y determinar con qué periodicidad se llevarán a cabo las visitas al domicilio por parte del resto de los profesionales

del equipo (médicos, enfermeros, psicólogos, nutricionistas...). De esta manera, el personal sanitario que llegue al domicilio realizará las intervenciones necesarias en el momento para la prestación de un cuidado de calidad, haciendo uso de los materiales que llevarán encima para cada intervención (historia clínica, ampollas de suero y medicación, jeringas, agujas, bombonas de oxígeno...) (14).

En conclusión, es imprescindible dirigir los objetivos de las visitas domiciliarias en estas 4 direcciones (14):

- Adecuado control de los síntomas
- Contención y alivio de la familia
- Comunicación efectiva con la unidad paciente-familia
- Indagación sobre la repercusión económica

1.11. La Ansiedad en el Enfermo Terminal

El término de ansiedad se define como un estado emocional que aparece como consecuencia del proceso de adaptación ante posibles circunstancias consideradas como amenazantes o que conllevan un peligro físico o psíquico. A lo largo de los años esta emoción ha formado parte del instinto de supervivencia del ser humano (15).

De forma añadida, la ansiedad se puede clasificar en 2 tipos (15):

- Ansiedad Rasgo: este tipo de ansiedad dependerá de las experiencias personales del individuo que la presenta y de su respuesta ante la misma, variando por lo tanto según la persona.
- Ansiedad Estado: en este caso se considera como una emoción transitoria que aparece como consecuencia de estímulos de tensión que afectan al Sistema Nervioso, aumentando su actividad.

Por lo general, los enfermos terminales sufren niveles altos de Ansiedad Rasgo, mientras que si nos centramos en la Ansiedad Estado sufren niveles moderados (15).

Además, siguiendo con el enfoque en los pacientes que se encuentran en fase terminal (especialmente en los ancianos), se observa que tanto la depresión, como el temor y la ansiedad están presentes, considerándose como 3 de los principales trastornos psicológicos (16).

Así, factores como el inevitable miedo al propio curso de la enfermedad terminal y el camino hacia el fallecimiento, la baraja de posibles resultados que conllevan los tratamientos disponibles, e incluso el estigma social que se crea y con el cual se identifica el enfermo terminal, conlleva con mucha frecuencia a la aparición de la ansiedad en este tipo de pacientes (17).

Ante esta situación, se requiere promover entre los profesionales de la salud que atienden a los enfermos terminales una atención especialmente humanística, con el fin de prestar un cuidado integral y de calidad a los mismos (15).

1.11.1. Instrumentos para medir la Ansiedad

Entre las escalas utilizadas para medir los niveles de ansiedad en los pacientes encontramos la escala HADS (“Hospital Anxiety and Depression Scale”). Se trata de una herramienta demostrada como fiable y válida no solo para determinar los niveles de Ansiedad en los enfermos terminales o en aquellos pacientes que están recibiendo Cuidados Paliativos, sino que también permite obtener resultados en cuanto a los niveles de depresión en los mismos (18).

Esta escala, tal y como se nombró anteriormente, incluye a su vez 2 subescalas, las cuales son ansiedad y depresión, y para cada una de ellas se establecen 7 ítems a tener en cuenta, con una posible puntuación a obtener en cada uno de ellos de 0 a 4 en la Escala Likert (19).

Se establece una puntuación total para cada subescala (depresión y ansiedad) entre 0-21. Así, una puntuación menor de 8 será indicativo de no presentar ansiedad o depresión; una puntuación comprendida entre 8-10 indicará posible ansiedad o depresión y una puntuación que resulte ser mayor de 10 nos indicará probable ansiedad o depresión (según la subescala que se esté valorando) (20).

Al igual que para cada subescala, cabe la posibilidad de recoger resultados de la puntuación total, comprendida entre 0-42 (20).

Por otro lado, el Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (“ESAS”) permite recoger resultados sobre el grado de severidad de los síntomas presentes en la persona enferma. De esta manera, la sintomatología del paciente conformará las diferentes subescalas que se incluyen, con una puntuación para cada una de ellas establecida entre 0 y 10. Así, puntuaciones mayores será indicativo de una mayor severidad de los síntomas que sufre la persona (21).

1.12. Final de la vida y acompañamiento al enfermo terminal en los últimos días.

Como ya se ha referido anteriormente, las cuestiones más repetidas en el paciente terminal que cursa por una enfermedad crónica suponen no solo la debilidad general de la persona, sino también el dolor físico y espiritual que los acompaña en el curso de la misma si no se realizan las intervenciones necesarias mediante la aplicación de los Cuidados Paliativos (22).

Al final de la vida, el enfermo se enfrenta a un irremediable choque contra la necesidad de la aceptación de su realidad, lo cual hará que la persona requiera y necesite el respeto de uno de los principales principios, el de Autonomía, tanto por parte de los familiares como por parte del equipo de profesionales de la salud (22).

Este principio permitirá que la persona pueda tomar sus decisiones en cuanto a las condiciones de vida, la forma de morir, el respeto de sus valores y prioridades, dando la opción incluso de plasmarlas previamente mediante las Voluntades Anticipadas, ante la posible situación futura de que no pueda manifestarlas por la condición fisiológica en los últimos días (22).

A pesar de los avances en los últimos años, tanto a nivel terapéutico como tecnológico, el profesional sanitario debe tener siempre presente que “siempre que haya vida, hay esperanza”, el paciente no tiene por qué convertirse en una víctima del ensañamiento terapéutico. Esto hace evidente la negación actual que existe hacia la muerte (22).

Enfocándonos en el enfermo, el sufrimiento espiritual e interno que padecen en la mayoría de los casos, no solo proviene de los innumerables síntomas físicos que aparecen en los últimos días de vida y que no terminan de ser paliados, sino también de la carencia de capacidad para haber puesto fin a ciertas circunstancias o proyectos, la falta de expresión de sentimientos hacia alguien o simplemente la necesidad de releer la vida y encontrarle sentido hasta donde su existencia llega (22).

Así, los Cuidados Paliativos aplicados al enfermo terminal deben enfocarse, principalmente, en la evitación tanto del sufrimiento inducido por ese ensañamiento terapéutico como de la puesta en marcha de planes terapéuticos que no permitan la comodidad del paciente, la soledad, la falta de vigilancia del control de los síntomas y la carencia del abordaje multidimensional de los factores físico-psíquico-sociales que afectan tanto al paciente como a su respectiva familia (22).

Igualmente, la Limitación del Esfuerzo Terapéutico, considerado como la detención de la puesta en marcha de intervenciones fútiles en el enfermo, será una adecuada decisión por parte del

equipo sanitario en el caso de tratamientos o acciones que tienen pocos resultados en cuanto al estado fisiológico y psicológico del paciente terminal (22).

Otra cuestión a tener en cuenta es el beneficio que puede obtener el paciente tanto de la oferta de prestación de cuidados en el domicilio como de la posibilidad del establecimiento de sedación paliativa, la cual hará cesar, tras la valoración del facultativo, aquellos síntomas que no pueden ser paliados mediante otro plan terapéutico (22).

1.13. Justificación

Tal y como afirma la OMS, los Cuidados Paliativos se aplican a aquellos pacientes en los que a pesar de presentar una enfermedad para la cual se aplica un tratamiento activo, requieren del inicio de un tratamiento paliativo ante su nula respuesta al anterior (23).

A lo largo de las últimas décadas se ha producido un considerable aumento de la aplicación de cuidados por parte del Equipo de Cuidados Paliativos. Esto básicamente ha tenido su origen en el aumento de diversos factores, como lo son el incremento de la necesidad de paliar tanto síntomas físicos como psicológicos en el enfermo, el aumento de los años de supervivencia en la población en general, al igual que el incremento de la posibilidad del uso de los servicios sanitarios y la discrepancia entre las diversas opciones disponibles como tratamientos, las cuales siguen evolucionando hacia bases más agresivas y centradas en la tecnología (23).

En el caso de los enfermos terminales, la ansiedad puede llegar a ser uno de los síntomas que con más frecuencia suele aparecer conforme al paso del tiempo y la proximidad al momento del fallecimiento de la persona. Además, esta sintomatología no solo suele presentarse en este tipo de pacientes, sino que también es habitual encontrarlos en sus correspondientes familiares o cuidadores principales (21).

Además, con el fin de prestar unos cuidados de calidad, el Equipo de Cuidados Paliativos debe priorizar en todo momento el trabajo interdisciplinar y la puesta en común del plan de cuidados a establecer. Así, con el fin de paliar síntomas tan personales y complejos como lo es la ansiedad en estos pacientes, se llevarán a cabo intervenciones tan simples y a su vez tan importantes, como lo son un adecuado apoyo emocional por parte de los profesionales sanitarios y familiares, aporte de información relevante sobre las posibilidades de tratamiento y la evolución clínica de la persona y enfermedad (previo acuerdo de límite informativo), adecuación del ambiente del enfermo según preferencias de comodidad... (24).

De esta manera, el objetivo de esta revisión es describir el efecto de la aplicación de Cuidados Paliativos en los niveles de ansiedad de los enfermos terminales y sus respectivos familiares.

2. Material y métodos

2.1. Diseño

Se realiza una revisión bibliográfica con la inclusión de algunos de los elementos de la revisión sistemática.

2.2. Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se ha realizado entre los meses de enero de 2023 a febrero de 2023 mediante la consulta en las siguientes bases de datos PubMed, CINAHL, Dialnet, Science Direct, Web of Science y LILACS.

Con el fin de realizar la cadena de búsqueda, se utilizó el sistema SPC para establecer la pregunta de búsqueda, clarificando de esta manera las siguientes cuestiones:

- Situación: Ansiedad.
- Población: Enfermos Terminales.
- Cuestión concreta de estudio: Intervención de Cuidados Paliativos.

Posteriormente, se establecieron para cada uno de los tesauros de las bases de datos consultadas (PubMed y CINAHL) tanto los términos estandarizados como los sinónimos. Consecutivamente se formaron las cadenas de búsqueda amoldadas a PubMed, CINAHL, Dialnet, Science Direct, Web of Science y LILACS, estableciendo a su vez la etiqueta correspondiente a cada término utilizado y para cada base de datos en la que se ha indagado.

A su vez, se realizó un ajuste de la sensibilidad y especificidad mediante el uso de términos libres junto a las etiquetas correspondientes, sinónimos, los adecuados truncamientos y el uso de operadores booleanos como “AND” y “OR” (Tabla 3):

Tabla 3. Resumen de la Búsqueda Bibliográfica.

Base de Datos	Cadena de Búsqueda	Fecha de Búsqueda	Registros Devueltos
PubMed	(Palliative care [mh] or palliative care [tiab] or palliative treatment* [tiab] or palliative therapy [tiab] or palliative supportive care [tiab] or palliative surgery [tiab] or Hospice and Palliative Care Nursing [mh] or Palliative Nursing [tiab] or Palliative Care Nursing [tiab] or Hospice Nursing [tiab]) AND (Anxiety [mh] or Anxiety [tiab] or Angst[tiab] or Hypervigilance [tiab] or Nervousness Anxiousness [tiab]) AND (Terminally ill [mh] or terminally ill* [tiab])	02/02/2023	231
Cinahl	((MM Palliative care or AB palliative care or AB palliative treatment* or AB palliative therapy or AB palliative supportive care or AB palliative surgery or MM Hospice and Palliative Care Nursing or AB Palliative Nursing or AB Palliative Care Nursing or AB Hospice Nursing) and (MM Anxiety or AB Anxiety or AB Angst or AB Hypervigilance or AB Nervousness Anxiousness) and (MM Terminally ill or AB terminally ill*))	02/02/2023	48
Science Direct	(Anxiety) and (Terminally ill)	02/02/2023	40

Web of Science	(Palliative care or palliative care or palliative treatment* or palliative therapy or palliative supportive care or palliative surgery OR Hospice and Palliative Care Nursing or Palliative Nursing or Palliative Care Nursing or Hospice Nursing) AND (Anxiety or Anxiety or Angst or Hypervigilance or Nervousness Anxiousness) AND (Terminally ill or terminally ill*)	02/02/2023	359
LILACS	(Cuidados paliativos) and (Ansiedad)	02/02/2023	49
Dialnet	(Cuidados Paliativos or cuidados paliativos enfermeros) and (Ansiedad) and (Enfermo Terminal)	02/02/2023	5

*Fuente: Elaboración Propia

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se consensuaron una serie de criterios de inclusión y exclusión para la posterior selección de artículos:

- Criterios de inclusión:

- Criterio 1 (C1): Artículos de investigación originales y cuantitativos.
- Criterio 2 (C2): Intervenciones aplicadas por profesionales de Enfermería en Cuidados Paliativos.
- Criterio 3 (C3): Enfermos Terminales.
- Criterio 4 (C4): Publicaciones en Inglés o Castellano.

- Criterios de exclusión:

- Criterio I (CI): Factores indirectos que tienen efecto sobre los niveles de ansiedad.
- Criterio II (CII): Niveles de ansiedad en los profesionales de la salud relacionados con la aplicación de Cuidados Paliativos.

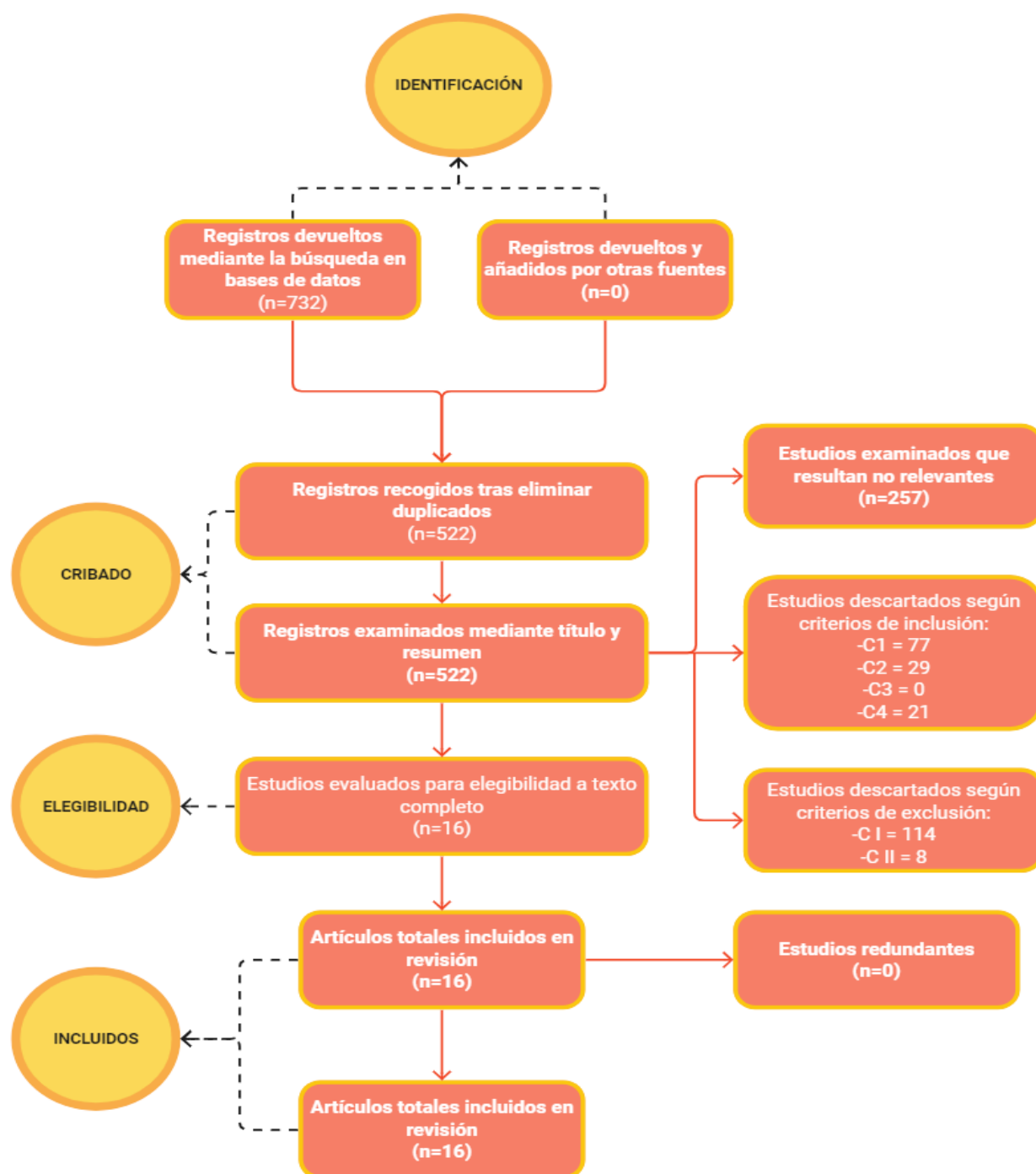
2.4. Descripción general de los resultados de la búsqueda

Una vez realizada la búsqueda en cada base de datos se hace uso de un gestor bibliográfico, con el fin de exportar los resultados recogidos, almacenarlos e ir eliminando aquellos artículos duplicados y aplicando los criterios de inclusión y exclusión establecidos. De esta manera, se consiguen incluir en la revisión únicamente aquellos resultados válidos según las condiciones elegidas e implantadas.

Inicialmente se descartan aquellos registros considerados como no relevantes (C0= 257). Posteriormente se pasa a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos, descartando así 77 estudios por no considerarse como originales o cuantitativos (C1=77), 29 de los registros obtenidos por incluir intervenciones que no son realizadas por parte del equipo de enfermería en Cuidados Paliativos (CP) (C2=29), seguidamente no se excluye ningún artículo mediante el criterio de inclusión 3 al abarcar todos los registros información sobre los enfermos terminales (C3=0). Siguiendo con el criterio de inclusión 4 se descartan 21 artículos al no estar publicados en inglés o castellano (C4=21). Seguidamente se tienen en cuenta los criterios de exclusión, descartando 114 registros que recogen información sobre los factores indirectos que tienen efecto sobre los niveles de ansiedad (CI=114) y excluyendo otros 8 artículos tras comprobar que están enfocados mayoritariamente en cómo afectan los niveles de ansiedad en los profesionales de la salud que aplican los Cuidados Paliativos en los enfermos terminales (CII=8).

A continuación, se muestra un flujograma con la representación de toda la información expuesta anteriormente (Figura 1):

Figura 1. Flujograma



*Fuente: Elaboración Propia

2.5. Análisis

Con el fin de analizar los datos de los artículos incluidos en la búsqueda bibliográfica se han recogido las puntuaciones de los niveles de ansiedad en los enfermos terminales (y familiares o cuidadores en algunos casos), con cierta variabilidad según las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en el ámbito de CP. Seguidamente, se procedió a realizar el test del signo, agrupando previamente los estudios según las intervenciones aplicadas, con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre aquellos estudios que encontraban diferencias en los niveles de ansiedad y aquellos que no.

3. Resultados

Ya clasificados los artículos a incluir, se busca dar respuesta al objetivo previamente establecido para la realización de la revisión, el cual se basa en identificar en qué medida se modifican los niveles de ansiedad de los enfermos terminales según las intervenciones de CP que reciben.

Para ello se requiere de la definición de las características propias de los artículos seleccionados y los resultados que se concluyen de los mismos.

3.1. Descripción de las características de los estudios incluidos

Finalmente terminan por ser incluidos en la revisión de la literatura realizada un total de 16 artículos, para los cuales se ha expuesto una descripción de sus cualidades a continuación (Tabla 4):

- Grupos o Subgrupos: En cada artículo se establecen diferentes grupos o subgrupos de personas según el modelo de Cuidados Paliativos que reciben (CP Hospitalarios, Domiciliarios, Ambulatorios, Convencionales o Especializados) y las intervenciones a las que son sometidos o los servicios que reciben (Terapia de Dignidad, Información, Cuidados Convencionales, Atención al Cliente, Alarmas Personales o Visitas por el Equipo de CP).
- Diseño: En cuanto al diseño de los artículos incluidos, se observa que 6 de ellos son Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), 2 son Estudios de Casos Comparativos, 2 son Estudios Descriptivos Transversales, 1 es Descriptivo Longitudinal, 1 Descriptivo con diseño pre-post test, 1 es un Estudio Prospectivo No Aleatorizado, 1 Estudio de Cohortes Observacional y 2 son Estudios Cuasiexperimentales con Diseño Pre-Post Intervención.

- Muestra: 10 de los 16 artículos incluidos presentan una muestra mayor de 100 personas, mientras que los 6 artículos restantes lo conforman una muestra menor de 100 personas.
- Muestreo: 6 artículos presentan un muestreo probabilístico, mientras que los 10 artículos restantes lo presentan no probabilístico.
- En general, se recoge información sobre las características demográficas según los participantes de cada estudio, reclutando datos sobre la edad media, sexo, diagnóstico principal, cáncer mayoritario entre la muestra, esperanza de vida y, en caso de recogerse información sobre los familiares o cuidadores principales de los enfermos terminales, se tiene en cuenta el parentesco de los mismos con el paciente.

Tabla 4. Características de los estudios incluidos.

Autor y Año	Título	Subgrupos	Diseño	Muestra (n)	Muestreo	Características G/SG
Kane, R. et al. 1984 (25)	“A randomised controlled trial of hospice care”	- GC: CC - GE: CP	ECA	-GC: 110 -GE: 137	P	<u>GC</u> Edad media: 64 Sexo: 97.2% H y 2.8% M Dx Principal: 36.4% Otros <u>GE</u> Edad media: 63.3 Sexo: 97.8% H y 2.2% M C Mayoritario: 36.5% Pulmón
Austin, P. et al. 2011 (20)	“Depression and anxiety in compared with those receiving palliative care at home compared with those receiving palliative care at home”	- CPH - CPD	Estudio de caso comparativo	-CPH: 46 -CPD: 46	NP	<u>CPH</u> Edad media: 67.71 Sexo: 41% M y 51% H C Mayoritario: Otros (n=18) <u>CPD</u> Edad media: 68.84 Sexo: 48% M y 52% H C Mayoritario: Pulmón (n=11)
Grande, G. E. et al. 2000 (26)	“A randomized controlled trial of a hospital at home service for the terminally ill”	-GC: CPC -GE: CHAH	ECA	-GC: 43 -GE: 186	NP	<u>GC</u> Edad media: 73 Sexo: 46% H y 54% M Dx Cáncer: 86% <u>GE:</u> Edad media: 72 Sexo: 50% H y 50% M Dx Cáncer: 87%

Kolva, E. et al. 2011 (27)	“Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients”	- CPH - CPV	Estudio Descriptivo Transversal	-CPH: 103 -CPA: 91	NP	<u>CPH</u> - Edad Media: 65.6 - Sexo: 37.9% H y 62.1% M - Esperanza de Vida (Meses): 1.9 <u>CPV</u> - Edad Media: 58.8 - Sexo: 53.8% H y 46.2% M - Esperanza de Vida (Meses): 8.1
Melin-Johansson, C. et al. 2010 (28)	“Significant improvement in quality of life of patients with incurable cancer after designation to a palliative homecare team”	-CPD	Estudio Descriptivo con diseño pre-post test	-CPD: 63	NP	- Edad Media: 72 - Sexo: 57.1% H y 42.8% M - C Mayoritario: Próstata - Esperanza de Vida (Meses): 3.6
Peters, L. et al. 2006 (19)	“Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care”	-CPH -CPD	Estudio de caso comparativo	-CPH: 32 -CPD: 26	NP	<u>CPH y CPD</u> - Edad media: 67.8 - Sexo: H (n=22) y M (n=36) - C Mayoritario: 22.4% Gastrointestinal

Ross, L. et al. 2022 (29)	“The quality of end of life care for Danish cancer patients who have received specialized palliative: a national survey using the Danish version of VOICES-SF”	Esposas/os de fallecidos que recibieron CPC	Estudio Descriptivo Transversal	Esposos/as de fallecidos que recibieron CPC: 787	NP	<u>Esposos/as fallecidos que recibieron CPC:</u> -Edad media mayoritaria: 70-79 (36%) -Sexo: 40% H y 60% M
Stein, R. A. et al. 2013 (30)	“Randomized Controlled Trial of a Structured Intervention to Facilitate End-of-Life Decision Making in Patients With Advanced Cancer”	-GC: CPC -GE: CPC+I	ECA	-GC: 65 -GE: 55	P	<u>GC</u> -Edad media: 66.3 -Sexo: 55% H y 45% M -C Mayoritario: Otros (30%) <u>GE</u> -Edad media: 66.3 -Sexo: 64% H y 36% M -C Mayoritario: Colorrectal (27%)
Groh, G. et al. 2013 (31)	“Effectiveness of a Specialized Outpatient Palliative Care Service as Experienced by Patients and Caregivers”	-CPA Pacientes -CPA Cuidadores	Estudio Prospectivo No Aleatorizado	-Pacientes: 60 -Cuidadores: 53	NP	<u>PACIENTES:</u> -Edad Media: 67.5 -Sexo: 55% H y 45% M -C Mayoritario: Tracto Digestivo (35%) <u>CUIDADORES:</u> -Edad Media: 58 -Sexo: 77% M y 23% H -Parentesco con paciente: Esposos/as Pareja (64%)

Fritzson, A. et al. 2015 (32)	“Association between parenteral fluids and symptoms in hospital end-of-life care: an observational study of 280 patients”	- Sí reciben FP-24h o FP-7d -No reciben FP-24h o FP-7d	Estudio de cohortes, Observacional	-Sí FP-24h: 120 -No FP-24h: 131 -Sí FP 7d: 193 -No FP-7d: 58	NP	<u>SÍ FP-24h</u> -Edad Media: 80 -Sexo: M (n=62) y H (n=58) -Dx Principal: Cáncer (n=52) <u>NO FP-24h</u> -Edad Media: 80 -Sexo: M (n=64) y H (n=67) -Dx Principal: Varios (n=53) <u>SÍ FP-7d</u> -Edad Media: 80 -Sexo: M (n=98) y H (n=95) -Dx Principal: Cáncer (n=76) <u>NO FP-7d</u> -Edad Media: 80 -Sexo: M (n=28) y H (n=30) -Dx Principal: Cáncer (n=23)
Sánchez, T. et al. 2016 (33)	“Atención y Preparación del Duelo en Familiares de Pacientes Crónicos Terminales: Prueba Piloto en Zaragoza”	-GC: Familiares de Pacientes que reciben CPC -GE: Familiares de Pacientes que reciben IE	Estudio Cuasiexperimental con diseño pre post intervención (Prueba Piloto)	-GC: 11 -GE: 9	P	<u>GC y GE</u> -Edad Media: H (20%) y M (80%) -Parentesco con Paciente: Hijas (40%)

Aoun, S. M. et al. 2013 (34)	“Testing models of care for terminally ill people who live alone at home: is a randomised controlled trial the best approach?”	-CPC -AP -AC	ECA	-CPC: 17 -AP: 14 -AC: 12	P	<u>CPC</u> -Sexo: H (47%) y M (53%) -C Mayoritario: Otros (35%) -Duración CP: ≤ 3 Meses (65%) y >3 Meses (29%) <u>AP</u> -Sexo: H (64%) y M (35%) -C Mayoritario: Pulmón (36%) u Otros (36%) -Duración CP: ≤ 3 Meses (79%) y >3 Meses (21%) <u>AC</u> -Sexo: H (42%) y M (58%) -C Mayoritario: Otros (42%) -Duración CP: ≤ 3 Meses (75%) y >3 Meses (25%)
Kao, C. Y. et al. 2014 (35)	“Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: An evaluation study”	-GC: CPC -GE: CPC + Visitas ECP	Estudio Cuasiexperimental con diseño pre-post test	-GC: 30 -GE: 30	NP	<u>GC</u> -Sexo: H (56.7%) y M (43.3%) -Edad media: ≤ 60 (56.7%) y >60 (43.3%) <u>GE</u> -Sexo: H (66.7%) y M (33.3%) -Edad media: ≤ 60 (56.7) y >60 (43.4%)

Tang, S. T. et al. 2016 (36)	“Associations of prognostic awareness/acceptance with psychological distress, existential suffering, and quality of life in terminally ill cancer patients’ last year of life”	-Elevada Aceptación del Pronóstico -Baja Aceptación del Pronóstico	Estudio Descriptivo Longitudinal	n = 325	NP	- Sexo: H (57.5%) y M (42.5%) - Edad Media: <66 (69.2%) - C Mayoritario: Estómago (18.8%)
Chochinov, H. et al. 2011 (37)	“Effect of Dignity Therapy on Distress and End-of-Life Experience in Terminally Ill Patients: A Randomised Controlled Trial”	-TD -CPC -ATC	ECA	-TD: 108 -CPC: 111 -AC: 107	P	<u>TD</u> - Edad Media: 64.2 - Sexo: H (52%) y M (48%) - C Mayoritario: Gastrointestinal <u>CPC</u> - Edad Media: 66.7 - Sexo: H (45%) y M (55%) - C Mayoritario: Gastrointestinal <u>ATC</u> - Edad Media: 64.3 - Sexo: H (51%) y M (49%) - C Mayoritario: Gastrointestinal

Weru, J. et al. 2020 (38)	“Randomized control trial of advanced cancer patients at a private hospital in Kenya and the impact of dignity therapy on quality of life”	-GC: CPC -GE: CPC + TD	ECA	-GC: 72 -GE: 72	P	<u>GC y GE</u> -Edad Media: 50.5 (GC) y 52.5 (GE) -Sexo: M (70%) y H (30%) -C Mayoritario: Gastrointestinal (43%)
----------------------------------	--	---------------------------	-----	--------------------	---	---

*Fuente: Elaboración Propia

*G, Grupo; SB, Subgrupo; GC, Grupo Control; GE, Grupo Experimental; CC, Cuidados Convencionales; CP Convencionales, Cuidados Paliativos Convencionales; ECA, Ensayo Controlado Aleatorizado; P, Probabilístico; NP, No Probabilístico; CPH, Cuidados Paliativos Hospitalarios; CPD, Cuidados Paliativos Domiciliarios; C, Cáncer; CHAH, “Cambridge Hospital at Home Service”; Dx, Diagnóstico; CPV, Cuidados Prolongación Vida; CPA, Cuidados Paliativos Ambulatorios; I, Intervención; FP-24h, Fluidos Parenterales últimas 24 horas de vida; FP-7d, Fluidos Parenterales últimos 7 días de vida; IE, Intervención de Enfermería; AP, Alarma Personal; AC, Ayuda Cuidado; C, Cáncer; ECP, Equipo Cuidados Paliativos; TD, Terapia Dignidad; ATC, Atención Cliente; H, Hombres; M, Mujeres

3.2. Descripción de los resultados de la revisión

Una vez incluidos los estudios, se procede al análisis de la información que recogen. Para ello se lleva a cabo la elaboración de una tabla (Tabla 5), en la cual se recoge para cada uno de los estudios la Intervención de CP que reciben los sujetos incluidos, el cuestionario específico utilizado para valorar los niveles de ansiedad y el valor de p resultante para cada uno de ellos.

En general, las Intervenciones principales aplicadas en los estudios incluidos son:

- CP Convencionales
- Cuidados Convencionales
- CP Hospitalarios
- CP Domiciliarios
- “Cambridge Hospital at Home Service”
- Cuidados para la Prolongación de la Vida
- CP Convencionales junto a Intervención específica

- CP Ambulatorios
- Administración de Fluidos Parenterales en los últimos 7 días o 24 horas de vida
- Intervención de Enfermería basada en la proporción de información
- Proporción de Alarmas Personales y de Atención al Cliente
- CP Convencionales junto a Terapia de Dignidad

Por otra parte, las principales escalas utilizadas para la valoración de los niveles de ansiedad son las siguientes:

- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, con enfoque en la puntuación de Ansiedad (HADS-A)
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, con enfoque en la puntuación total (HADS)
- Escala de Ansiedad de Hamilton (EAH)

Igualmente, para cada uno de los estudios recogidos y los resultados encontrados se observan diferentes valores de p.

Tabla 5. Resultados de los estudios incluidos.

Autor y Año	Intervención CP	Cuestionario	Nivel de Ansiedad - Media (SD)	Valor de p
Kane, R. et al. 1984	-CPC -CC	Análisis de Covarianza (Medida de Ansiedad)	Cohortes (Coh) Familiares de Enfermos que reciben CPC Coh3; Coh4; Coh5; Coh6; Coh7	-Coh3: <0.03 -Coh4: <0.02 -Coh5: <0.04 -Coh6: >0.05 -Coh7: >0.05
Austin, P. et al. 2011	-CPH -CPD	HADS-A (HADS-Anxiety; Prevalencia)	<u>HADS-A CPH</u> -No anxiety: 50% (n=23) -Possible anxiety: 28% (n=13) -Probable anxiety: 22% (n=10) <u>HADS-A CPD</u> -No anxiety: 65% (n=30) -Possible anxiety: 20% (n=9) -Probable anxiety: 15% (n=7)	p>0.05
Grande, G. E. et al. 2000	-CPC -CHAH	Severidad de los Síntomas últimas 2 semanas de vida (Escala 4 puntos)	<u>Severidad Ansiedad CPC</u> 2.62 (1.02) (n=21) <u>Severidad Ansiedad CHAH</u> 2.58 (1.07) (n=104)	p>0.05
Kolva, E. et al. 2011	-CPH -CPV	HADS-A	<u>HADS-A CPH</u> 5.54 (4.21) <u>HADS-A CPV</u> 5.62 (4.45)	p>0.05
Melin-Johansson, C. et al. 2010	CPD	AQUEL (Psychological item: Anxiety; valores entre 1 y 10, siendo 10 lo mejor)	<u>Pre-test</u> 6.59 (7) (n=63) <u>Post-test</u> 7.47 (8) (n=63)	p = 0.007

Peters, L. et al. 2006	-CPH -CPD	HADS-A	<u>HADS-A CPH</u> 7.74 (5.29) (n=32) <u>HADS-A CPD</u> 5.96 (4.04) (n=26)	p >0.05
Ross, L. et al. 2022	Satisfacción con los CP recibidos en los últimos 3 meses de vida	HADS-A	Mayores niveles de ansiedad = Menores niveles de satisfacción con el cuidado recibido Menores niveles de ansiedad = Mayores niveles de satisfacción con el cuidado recibido	p=0.010
Stein, R. A. et al. 2013	-CPC -CPC+I	HADS-A	<u>HADS-A CPC (GC)</u> -Inicial: 5.3 (3) -3 semanas: 5.6 (3.5) -3 meses: 6.2 (3.9) <u>HADS-A CPC+I (GE)</u> -Inicial: 4.9 (3.4) -3 semanas: 4.7 (3.2) -3 meses: 4.6 (3.3)	<u>INICIAL</u> p = 0.6 <u>3 SEMANAS</u> p = 0.2 <u>3 MESES</u> p = 0.1
Groh, G. et al. 2013	CPA	HADS (Puntuación Total)	<u>HADS CUIDADORES (Preintervención)</u> 22 (n=53) <u>HADS CUIDADORES (Postintervención)</u> 16 (n=53)	p <0.001

Fritzson, A. et al. 2015	-FP-24h-FP-7d	ELQ (Ansiedad últimas 24 horas de vida)	<u>FP-24h</u> -Sí FP-24h: Ansiedad (n=46) No Ansiedad (n=74) -No FP-24h: Ansiedad (n=57) No Ansiedad (n=74) <u>FP-7d</u> -Sí FP-7d: Ansiedad (n=78) No Ansiedad (n=115) -No FP-7d: Ansiedad (n=25) No Ansiedad (n=33)	<u>SÍ/NO FP-24h –</u> <u>SÍ/NO</u> <u>ANSIEDAD</u> p = 0.40 <u>SÍ/NO FP-7d –</u> <u>SÍ/NO</u> <u>ANSIEDAD</u> p = 0.71
Sánchez, T. et al. 2016	IE (Información)	EAH (Escala de Ansiedad de Hamilton)	<u>GC</u> -Inicial: 24.45 (26) -Final: 18.36 (19) <u>GE</u> -Inicial: 25.33 (22) -Final: 17.89 (17)	<u>GC/GE</u> <u>INICIAL</u> p = 0.882 <u>GC/GE FINAL</u> p = 1
Aoun, S. M. et al. 2013	-CPC -AP -AC	HADS (Puntuación Total)	<u>CPC</u> -Inicial: 11.82 (4.68) -Final: 12.18 (6.44) <u>AP</u> -Inicial: 11.07 (7.76) -Final: 11.57 (7.58) <u>AC</u> -Inicial: 13.42 (3.40) -Final: 12.45 (5.52)	p >0.05
Kao, C. Y. et al. 2014	-CPC -CPC + Visitas ECP	HADS-A	<u>GC</u> -Pre intervención: 5.87 -Post intervención: 4.87 <u>GI</u> -Pre intervención: 6.30 -Post intervención: 4.93	<u>GC</u> p = 0.191 <u>GI</u> P= 0.003

Tang, S. T. et al. 2016	-Elevada Aceptación del Pronóstico- Baja Aceptación del Pronóstico	AOR (Adjusted Odds Ratio)	<u>Elevada Aceptación del Pronóstico</u> -Síntomas Severos de Ansiedad: 0.44 <u>Baja Aceptación del Pronóstico</u> -Síntomas Severos de Ansiedad: 1.26	<u>Elevada Aceptación del Pronóstico</u> p = 0.02 <u>Baja Aceptación del Pronóstico</u> p = 0.51
Chochinov, H. et al. 2011	-TD -CPC -ATC	HADS-A	<u>TD</u> -Pre intervención (n=108): 5.22 (4.2) -Post intervención (n=108): 5.81 (3.80) <u>CPC</u> -Pre intervención (n=111): 5.34 (3.79) -Post intervención (n=111): 5.20 (4.05) <u>ATC</u> -Pre intervención (n=107): 5.76 (4.25) -Post intervención (n=107): 5.38 (4.40)	p >0.05
Weru, J. et al. 2020	-CPC -CPC + TD	“Symptom Distress Scores”	<u>CPC</u> 26.78 <u>CPC+TD</u> 18.18	p = 0.059

*Fuente: Elaboración Propia

En general y de manera objetiva se observa que, en comparación con la aplicación de Cuidados Convencionales a los enfermos terminales, la aplicación de Cuidados Paliativos consigue disminuir de manera significativa los niveles de ansiedad en los familiares de los pacientes que los reciben.

Por otro lado, aquellos pacientes que reciben Cuidados Paliativos Domiciliarios resultan tener puntuaciones menores de niveles de ansiedad junto a porcentajes más bajos de “Posible Ansiedad” y “Probable Ansiedad” que aquellos que reciben Cuidados Paliativos Hospitalarios. Además, comparando la aplicación de los Cuidados Paliativos Convencionales con los

Cuidados Paliativos Domiciliarios, se vuelven a obtener niveles menores de ansiedad con la atención domiciliaria.

Por otro lado, la aplicación de Cuidados Paliativos Convencionales junto a intervenciones tales como la comunicación con el equipo de profesionales, el manejo de síntomas, el cuidado psicológico, la información sobre el duelo o la Terapia de Dignidad, consigue reducir en mayor medida los niveles de ansiedad que si se aplicasen únicamente los Cuidados Paliativos Convencionales.

En otro sentido, la aplicación de Cuidados Paliativos Hospitalarios en los pacientes terminales hace que se obtengan niveles menores de ansiedad que si se aplican Cuidados para la prolongación de la vida o Cuidados Ambulatorios respectivamente.

Sin embargo, en este mismo sentido de la aplicación de Cuidados Paliativos Ambulatorios, se observa una disminución de los niveles de ansiedad en los familiares o cuidadores de los enfermos que los reciben.

A su vez, se observa que la aplicación de Fluidos Parenterales en los últimos 7 días de vida de los enfermos terminales supone obtener niveles mayores de ansiedad, mientras que si estos Fluidos Parenterales se administran en las últimas 24 horas de vida se produce una disminución de los mismos.

Además, la puesta a disposición de alarmas personales para los enfermos y las visitas llevadas a cabo por el Equipo de Cuidados Paliativos produce una reducción de la ansiedad.

En última instancia, se destaca que una mayor consciencia del pronóstico de la enfermedad avanzada y terminal, junto a una adecuada aceptación del mismo, conlleva niveles menores de ansiedad en el paciente terminal y su familia.

En el caso del artículo de Ross, L. et al. 2022, no se consiguen obtener resultados en cuanto a las puntuaciones en la escala HADS para los niveles de ansiedad. Sin embargo, los resultados que presentan los autores indican que niveles mayores de ansiedad en los familiares de pacientes que recibieron Cuidados Paliativos están significativamente asociados con menores niveles de satisfacción con el cuidado recibido en los últimos 3 meses de vida del enfermo.

3.3. Descripción del análisis exploratorio

Con el fin de llevar a cabo el análisis exploratorio y conseguir analizar la relación entre las variables establecidas en los estudios seleccionados, se lleva a cabo el Test del Signo. Para ello, se hace uso de las siguientes tablas, en las cuales se recogen las variables estudiadas, la asociación entre ellas, el número total de estudios que incluyen las diferentes variables, junto al número de estudios donde se detalla si las variables tienen una asociación positiva, negativa o si no existe asociación entre ellas, y por último el valor de p (en este caso valor de 2 colas).

Además, se especifican las interpretaciones que resultan de los valores obtenidos para cada una de las tablas:

Tabla 6. Test del Signo. Cuidados Paliativos Convencionales

Variable Independiente	Variable Dependiente	Asociación entre Variables	N.º Estudios (n=7)	Valor de p
Cuidados Paliativos Convencionales (CPC)	Ansiedad	Positiva (Daño)	5	p = 0.4531
		Negativa (Beneficio)	2	
		No Asociación	-	

*Fuente: Elaboración Propia

-En este caso, no hay diferencias significativas entre los estudios que recogen que los Cuidados Paliativos Convencionales aumentan los niveles de ansiedad y aquellos estudios que recogen que los disminuyen, por lo que no se puede establecer la dirección de la relación entre las variables analizadas.

-El número de estudios que recogen que los Cuidados Paliativos Convencionales aumentan los niveles de ansiedad no es significativamente mayor que el número de estudios que recogen que los Cuidados Paliativos Convencionales disminuyen los niveles de ansiedad.

Tabla 7. Test del Signo. Cuidados Paliativos Hospitalarios.

Variable Independiente	Variable Dependiente	Asociación entre Variables	N.º Estudios (n=3)	Valor de p
Cuidados Paliativos Hospitalarios (CPH)	Ansiedad	Positiva (Daño)	2	p = 1
		Negativa (Beneficio)	1	
		No Asociación	-	

*Fuente: Elaboración propia

-No hay diferencias significativas entre los estudios que recogen que los Cuidados Paliativos Hospitalarios aumentan los niveles de ansiedad y aquellos estudios que recogen que los disminuyen, por lo que no se puede establecer la dirección de la relación entre las variables analizadas.

-El número de estudios que recogen que los Cuidados Paliativos Hospitalarios aumentan los niveles de ansiedad no es significativamente mayor que el número de estudios que recogen que los Cuidados Paliativos Hospitalarios disminuyen los niveles de ansiedad.

Tabla 8. Test del Signo. Cuidados Paliativos Domiciliarios.

Variable Independiente	Variable Dependiente	Asociación entre Variables	N.º Estudios (n=3)	Valor de p
Cuidados Paliativos Domiciliarios (CPD)	Ansiedad	Positiva (Daño)	1	p = 1
		Negativa (Beneficio)	2	
		No Asociación	-	

*Fuente: Elaboración Propia

-No hay diferencias significativas entre los estudios que recogen que los Cuidados Paliativos Domiciliarios disminuyen los niveles de ansiedad y aquellos estudios que recogen que los aumentan, por lo que no se puede establecer la dirección de la relación entre las variables analizadas.

-El número de estudios que recogen que los Cuidados Paliativos Domiciliarios disminuyen los niveles de ansiedad no es significativamente mayor que el número de estudios que recogen que los Cuidados Paliativos Domiciliarios aumentan los niveles de ansiedad.

Tabla 9. Test del Signo. Terapia de Dignidad.

Variable Independiente	Variable Dependiente	Asociación entre Variables	N.º Estudios (n=2)	Valor de p
Terapia de Dignidad (TD)	Ansiedad	Positiva (Daño)	1	p = 1.5
		Negativa (Beneficio)	1	
		No Asociación	-	

*Fuente: Elaboración Propia

-No hay diferencias significativas entre los estudios que recogen que la Terapia de Dignidad disminuye los niveles de ansiedad y aquellos estudios que recogen que los aumenta, por lo que no se puede establecer la dirección de la relación entre las variables analizadas.

-El número de estudios que recogen que la Terapia de Dignidad aumenta los niveles de ansiedad no es significativamente mayor que el número de estudios que recogen que la Terapia de Dignidad disminuye los niveles de ansiedad.

4. Discusión

El objetivo de este estudio es determinar en qué medida influye la aplicación de Cuidados Paliativos en los niveles de ansiedad de los enfermos terminales y sus familiares o cuidadores principales. Así, con el fin de dar respuesta a este objetivo establecido, se realiza esta búsqueda bibliográfica y se destaca la importancia de valorar la esfera integral del enfermo terminal, lo cual conlleva tener en cuenta no sólo el ámbito fisiológico y la evolución clínica del paciente, sino también la esfera social, familiar y psicológica, resaltando como punto clave los niveles de ansiedad en los que se enfatiza a lo largo de esta revisión.

Enfocándonos en el enfermo terminal y la baraja de posibilidades en cuanto al tipo de cuidados que pueden recibir en los últimos meses y días de vida, es probable que los valores de ansiedad varíen según el tipo de cuidados que se presten (como es el caso de los enfermos terminales que reciben Cuidados Paliativos o Cuidados Convencionales) (25) o, con enfoque en aquellos

enfermos que reciben Cuidados Paliativos, es probable que la variación de estos niveles de ansiedad se produzca según las intervenciones que se lleven a cabo (ejemplo de la administración de Fluidos Parenterales en los últimos 7 días o 24 horas de vida (32) y la Terapia de Dignidad (38)) y en qué ámbito se presten (a nivel Hospitalario (20), Domiciliario (28) o Ambulatorio (31)).

Sin embargo, a pesar de lo nombrado anteriormente, se requiere un análisis de mayor precisión para llegar a conclusiones más exhaustivas.

Por otra parte, si se analizan las similitudes y discrepancias de esta revisión con los datos que recogen otras revisiones realizadas, se observa lo siguiente:

- La implementación de Cuidados Paliativos Hospitalarios, Domiciliarios y Ambulatorios en enfermos terminales supone obtener beneficios relevantes en este tipo de pacientes, observándose sobre todo una mejora en cuanto al adecuado manejo de síntomas y el control del dolor, además de un descenso en los niveles de ansiedad y depresión en algunos casos (39).
- La asignación temprana de enfermos terminales a los Cuidados Paliativos (prestados por enfermeros especializados) supone un beneficio en cuanto a la atención de necesidades del paciente y sus familiares, al igual que el progreso en la aceptación y comprensión de las mismas (40).
- Intervenciones como la Terapia de Dignidad (habitualmente implementada en pacientes con enfermedades terminales para abarcar aspectos físicos, psicosociales y espirituales) resulta tener efectos positivos en cuanto a la satisfacción, el mantenimiento de la dignidad y la reducción de los niveles de sufrimiento (tanto en los familiares del enfermo como en el paciente terminal), mientras que en cuanto a los niveles de ansiedad no resulta encontrarse una evidencia clara sobre su efecto sobre estos (41).
- Se puede observar cierta evidencia en el uso de opiáceos como lo es la Morfina o el Midazolam (potente agente sedante) con el fin de reducir los niveles de ansiedad o la disnea respiratoria, además de obtener un beneficio en el descanso del paciente terminal (42).
- En última instancia, cabe destacar que la revisión de la literatura que se ha realizado presenta a su vez ciertas limitaciones que necesitan ser especificadas:
 1. Debido a que no se analiza la calidad metodológica de los estudios incluidos estaríamos hablando de una revisión de la literatura con elementos propios de una revisión sistemática, pero no en su totalidad.

2. 10 de los estudios incluidos en la revisión recogen un muestreo no probabilístico, por lo que el sesgo de selección podría estar presente.
3. A pesar de que se han recogido los valores de ansiedad en los enfermos terminales mediante determinadas escalas, no se llega a realizar un análisis de la fiabilidad de las mismas, por lo que el sesgo de clasificación también podría estar presente.
4. La inclusión de estudios con tamaño muestral reducido supone la presencia de resultados con falta de potencia estadística para determinar la relación entre las variables estudiadas.

5. Conclusiones

Considerando los hallazgos obtenidos en la revisión, es posible que los enfermos terminales y sus familiares o cuidadores que reciben Cuidados Paliativos presenten niveles menores de ansiedad que aquellos que no los reciben o a los cuales se les presta una asistencia sanitaria convencional.

De igual manera, a pesar de la importancia de una adecuada coordinación entre los Equipos Asistenciales para prestar atención a estos pacientes tan vulnerables, cobra un importante sentido la responsabilidad personal de cada profesional para un abordaje integral del enfermo. Con esto cabe explicitar que, aunque las intervenciones llevadas a cabo por el Equipo Especializado en Cuidados Paliativos son esenciales, el personal de enfermería puede poner inicio a una formación personal en otras muchas intervenciones poco comunes e inusualmente implementadas en la práctica diaria de Enfermería, las cuales pueden tener otras muchas repercusiones beneficiosas adicionales en el enfermo, como es el caso de la aplicación de Terapias Complementarias como el Reiki o la Musicoterapia.

El final de la vida es un momento que requiere de una gran ética y humanización, y por ello, si no se puede curar, se debe aliviar; si no se puede aliviar, se debe consolar y si no se puede consolar, al menos se debe acompañar.

6. Bibliografía

1. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(6):1094-106. Disponible en: <https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2812%2900334-X>
2. Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2014. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/guiacpsecpal-1.pdf>
3. Montes de Oca Lomeli G. A. Historia de los Cuidados Paliativos. *Revista Digital Universitaria*. 2006;7(4): 1067-6079. Disponible en: https://www.ru.tic.unam.mx/bitstream/handle/123456789/1064/abr_art23.pdf?isAllowed=y&sequence=1
4. Ortiz Mendoza G. Cuidados paliativos como intervención de enfermería en pacientes terminales para favorecer el bienestar espiritual en familiares. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Enfermería. [Tesis de posgrado]. Michoacán. 2021. Disponible en: http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB_UMICH/5671/E-M-2021-1214.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Cía Ramos R, Fernández López A, Boceta Osuna J, Duarte Rodríguez M, Camacho Pizarro T, Cabrera Iboleón J et al. Cuidados Paliativos: Proceso Asistencial Integrado. 2007. 2ª ed. [Sevilla]: Consejería de Salud.
6. Sarmiento Medina MI. El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Rev Salud Bosque [Internet]*. 2015;1(2): 23-37. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/93>
7. Guerra de Hoyos JA, Sanz Amores R. Uso Seguro de Opioides en Pacientes de Situación Terminal: Guía de Práctica Clínica. 2010. [Sevilla]: Consejería de Salud. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/214/1/gpc_opioides_terminales.pdf
8. Simone G, Tripodoro V. Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas: Manual para estudiantes de la carrera de medicina [Internet]. Buenos Aires: Pallium Latinoamérica. 2004. Disponible en: <https://www.pallium.com.ar/wp-content/uploads/2019/10/FUNDAMENTOS-DE-CUIDADOS-PALIATIVOS-y-control-de-sintomas.pdf>
9. Auria Genzor G, Cabrero Claver A, Nervión Carriquiri A, Ortega Riba V, Puértolas Guerri Y. Guía de práctica clínica para el manejo de la vía subcutánea. Servicio Aragonés de Salud.

2020. Disponible en:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177403/gpc_606_via_subcutanea_compl.pdf
10. Matoses Chirivella C, Rodríguez Lucena FJ, Sanz Tamargo G, Murcia López AC, Morante Hernández M, Navarro Ruiz AJFH. Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. *Farm Hosp* [Internet]. 2015;39(2):71-79. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432015000200002&lng=es.
 11. López Timoneda F. Definición y Clasificación del dolor. Universidad Complutense de Madrid. 1995;1(4):49-55. Disponible en:
<https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/download/CLUR9596110049A/1479>
 12. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología* [Internet]. 2005;28(3):33-37. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
 13. Van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, Van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* [Internet]. 2007;18(9):1437-1449. Disponible en:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0923753419421741?token=6AD8ABE70F351E73F16434A176944829995439B541C3BB0B98D42FA415DFEF976CEF0C3A7C1D4542755FD1A37BB83841&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230508110519>
 14. Fornells HA. Cuidados Paliativos en el Domicilio. *Acta bioeth* [Internet]. 2000;6(1): 63-75. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n1/art05.pdf>
 15. Benítez Rivas AI. Ansiedad ante la Muerte en pacientes con una enfermedad terminal del Municipio de Tejupilco [Tesis de licenciatura]. Temascaltepec Extensión (Tejupilco): Centro Universitario Universidad Autónoma del Estado de Morelos. 2016. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/20.500.11799/59138>
 16. Torregrosa-Cortiñas L, Núñez-Rodríguez L, Morales-Obregón L, Sablón-Pantoja Y. Enfrentamiento de la muerte por el adulto mayor con enfermedad terminal. *Archivo Médico Camagüey* [Internet]. 2015;9(1). Disponible en:
<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2989>
 17. Aziz VM, Saeed R. Palliative care for older people: the psychiatrist's role. *BJPsych Advances*. Cambridge University Press. 2019;25(1):37–46. Disponible en:
<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge->

core/content/view/0E44B1FDFCF0C450A72AD38AA5985715/S2056467818000336a.pdf/palliative_care_for_older_people_the_psychiatrists_role.pdf

18. Aoun SM, O'Connor M, Breen LJ, Deas K, Skett K. Testing models of care for terminally ill people who live alone at home: is a randomised controlled trial the best approach?. *Health & Social Care in the Community*. 2013;21(2):181-90. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45187336/Testing_models_of_care_for_terminally_il20160428-13897-2ipefi-libre.pdf?1461907872=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTesting_models_of_care_for_terminally_il.pdf&Expires=1683672327&Signature=T7IcSnFxOdPJq~G04iqaGPBzAJ2BNUIIUoY-EHmEqY47YIxx4~-VOMCXvOilU7WCP2nRcntGpdNE1amM6Z9pSMJji-eehbh87XZoD-Bp6unDu5D5CifscpsYIKyyHMuhP8RJP1v3K9ZlrY16WvAw-sIo3uHJQM80U9krMBfqWKcIxdFHftnVlqDCn-LXWagzyg4kKraQjm2pgp5xrczS42Vh58er4Oe0-MdsBsv8c060qLIFXHKT6otjWd49HdpTBzUWCPa5uAz~nO6TBVmuc3plihHIXEUmnhGWTCpgjygpW798ekek2As5A8W4CfXlYQaMJ0rMFEAcARnoav6wkQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
19. Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *J Adv Nurs*. 2006;53(5):524-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03754.x>
20. Austin P, Wiley S, McEvoy PM, Archer L. Depression and anxiety in palliative care inpatients compared with those receiving palliative care at home. *Palliative & supportive care* [Internet]. 2011;9(4):393-400. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/abs/depression-and-anxiety-in-palliative-care-inpatients-compared-with-those-receiving-palliative-care-at-home/95992AAB6E339628847F9B0772EDBA53>
21. Horne-Thompson A, Grocke D. The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. *J Palliat. Med* [Internet]. 2008;11(4):582-90. Disponible en: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=be2d4878788f3a5fb3ba0ce509e76a69132a8356>
22. Ortiz JS. Final de la vida: ¿puede ser confortable?. *Med Clin (Barc)* 2001;116(5):186-90. Disponible en: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56264181/finalconfortable-libre.pdf?1523145883=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DFinalconfortable.pdf&Expires=1683558940&Signature=eAxcDN2->

hoaNDtXLAsGAJo2skHlimRfE8eYpFcsC3k4OI1MIXEjmrKe6ZSVGoMnDjQBkMzp5F
RpTDmNVNqRdhkuZq4DL9Rn1knPhTCfTLIAUDecfueOWbLZ3xRSLv9VSRpZiauSBi
KTgxbNQuWaJpVLsSs~j4kfBNjRmQCg0gJK63Tmu9VHAetdQ9mJEKuXRxsAWpq4w
NEorsZpE5VDbji2Jy~YEpuHLHa6QN6RohUHXPDdngQm9QF1QZZjz2IceHyzY5xlk-
r0SfDQdgj-DXhdHJRLuSWbs8we1UiQxABEyWIV2l45Qt8NTG5~R6bI-
6G6ktB3k73RTzz1CrvolQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

23. Tremblay A, Breitbart W. Psychiatric dimensions of palliative care. *Neurologic Clinics*. 2001;19(4):949-67. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0733-8619\(05\)70055-4](https://doi.org/10.1016/S0733-8619(05)70055-4)
24. Hirai K, Morita T, Kashiwagi T. Professionally perceived effectiveness of psychosocial interventions for existential suffering of terminally ill cancer patients. *J Palliat Med*. 2003;17(8):688-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1191/0269216303pm825oa>
25. Kane R, Bernstein L, Wales J, Leibowitz A, Kaplan S. A randomised controlled trial of hospice care. *The Lancet*. 1984;323(8382):890-4. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673684913497?token=765CA9DB1581862C99866E0E17EDCE171C2F1613218313E9884982DBF9957BE20F612EC7028F32BCF7D049ADB27C15C6&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230509213724>
26. Grande GE, Todd CJ, Barclay SI, Farquhar MC. A randomized controlled trial of a hospital at home service for the terminally ill. *J Palliat Med*. 2000;14(5):375-85. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/POST-PEER-REVIEW-PUBLISHERS-DOCUMENT.PDF>
27. Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W, Brescia R. Anxiety in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42(5):691-701. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0885392411001370?token=2E7FE14EEF9CB668503939BEFFA3A1BC09AA1FE295A0FD16BC08E94F822624E3D8830EA7BADD37CF540E782E06844289&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230509213557>
28. Melin-Johansson C, Axelsson B, Gaston-Johansson F, Danielson E. Significant improvement in quality of life of patients with incurable cancer after designation to a palliative homecare team. *Eur J Cancer care*. 2010;19(2):243-50. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/87994778/j.1365-2354.2008.01017.x20220626-1-gpydb-libre.pdf?1656225543=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSignificant_improvement_in_quality_of_li.pdf&Expires=1683671714&Signature=Yv4kpINRUuOo7AjxRbwpyp9LXqm7jBwGB8ldae1cPD7JX9x6wwVR9oXlPpUR2cBmdOmyRteHL7kZmqK9ARCvROztDj5L2yeBl6G9U4uWx-cn3mOIYb2a1MWzz7XB7msqm72FDilOfzybpBXAKMcYrYR~MLofabZNqwh6yZokx

XglbzZcSTSp7Hn~K2yzlixdzhvc3qwVkdngICJaM1FU6HD63yvk4j4KdjT3-
 THChPriorz6k9Jh73v9u2wbrOWfdbjfr01rKSqy6nLJx6QCOufhYY9yzJXmpEHsf~4sjzd
 SKRliKm6TxDLCa2iJpw2VHn0s9xVIVAjYjzV60FLw__&Key-Pair-
 Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

29. Ross L, Neergaard MA, Petersen MA, Groenvold M. The quality of end of life care for Danish cancer patients who have received specialized palliative: a national survey using the Danish version of Views of Informal Carers - Evaluation of Services. Multinational Association for Supportive Care in Cancer. 2022; 30:3593-3602.
30. Stein RA, Sharpe L, Bell ML, Boyle FM, Dunn SM, Clarke SJ. Randomized controlled trial of a structured intervention to facilitate end-of-life decision making in patients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2013;31(27):3403-3410. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/suppl/10.1200/JCO.2011.40.8872>
31. Groh G, Vyhnaek B, Feddersen B, Führer M, Borasio GD. Effectiveness of a specialized outpatient palliative care service as experienced by patients and caregivers. J Palliat Med. 2013; 16(8):848-856. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Berend-Feddersen/publication/236913426_Effectiveness_of_a_Specialized_Outpatient_Palliative_Care_Service_as_Experienced_by_Patients_and_Caregivers/links/568a514208ae1975839d761e/Effectiveness-of-a-Specialized-Outpatient-Palliative-Care-Service-as-Experienced-by-Patients-and-Caregivers.pdf
32. Fritzson A, Tavelin B, Axelsson B. Association between parenteral fluids and symptoms in hospital end-of-life care: an observational study of 280 patients. BMJ Support Palliat Care. 2015; 5(2):160-168. Disponible en: <http://media.palliativ.se/2015/08/V%C3%A4tska-i-livets-slutskede-bmjsupppallcare13111.pdf>
33. Becerril Ramírez N, Delgado Sevilla D, Sánchez Guio T. Atención y preparación del duelo en familiares de pacientes crónicos terminales: prueba piloto en Zaragoza. Revista Científica de Enfermería [internet]. 2016;11: 1-26. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/57445>
34. Aoun SM, O'Connor M, Breen LJ, Deas K, Skett K. Testing models of care for terminally ill people who live alone at home: is a randomised controlled trial the best approach?. Health Soc Care Community. 2013;21(2):181-90. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45187336/Testing_models_of_care_for_terminally_il20160428-13897-2ipefi-libre.pdf?1461907872=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTesting_models_of_care_for_terminally_il.pdf&Expires=1683671570&Signature=Knc~xdd2txicVq4G3OF1zueWDf4CQSEGgz7MKCRg1~

qI-

6HEcNCPbvFDaJWVpZHQUCF~~nszwmc6fMBkxM7ukO8JivGVdyCkI9d1LyrN~Xtv
WY~Hkj50gLvSvClgj~q2AcCUOnLrsZJ7UxBL7~mE2Vulxw1W1j7XQj1ssFQBE8x7W
Baj8TXgRppb~XTLUgjxwxFhN6FoiGTHpFQVlhRIHzqKGapViRwF1iHUbrBrkKb9o
xFIaAYKLrD-4z-94j198Z~qW6F-m12pO51abJAPiYOBGbJ5MTRpYXRB39SKSR-
WO5Hp~BbchI9JIwIrZZcZtHxOguL-skSImV2L8ouEg__&Key-Pair-
Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

35. Kao CY, Hu WY, Chiu TY, Chen CY. Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: an evaluation study. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(2):226-35. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Chi-Yin-Kao/publication/241691137_Effects_of_the_hospital-based_palliative_care_team_on_the_care_for_cancer_patients_An_evaluation_study/links/5f9a74fb92851c14bcf08f73/Effects-of-the-hospital-based-palliative-care-team-on-the-care-for-cancer-patients-An-evaluation-study.pdf
36. Tang ST, Chang WC, Chen JS, Chou WC, Hsieh CH, Chen CH. Associations of prognostic awareness/acceptance with psychological distress, existential suffering, and quality of life in terminally ill cancer patients' last year of life. *Psychooncology.* 2016; 25(4):455-62. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.3943>
37. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2011;12(8):753-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3185066/pdf/nihms-315318.pdf>
38. Weru J, Gatehi M, Musibi A. Randomized control trial of advanced cancer patients at a private hospital in Kenya and the impact of dignity therapy on quality of life. *BMC Palliat Care.* 2020;19(1):1-2. Disponible en: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-020-00614-0>
39. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families?. *Cancer J.* 2010;16(5):423-35. Disponible en: <https://journals.lww.com/journalppo/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=09000&article=00004&type=Fulltext>
40. Ahmed S, Naqvi SF, Sinnarajah A, McGhan G, Simon J, Santana MJ. Patient & Caregiver Experiences: Qualitative Study Comparison Before and After Implementation of Early Palliative Care for Advanced Colorectal Cancer. *Can J Nurs Res.* 2023;55(1):110-25. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/08445621221079534>

41. Donato SC, Matuoka JY, Yamashita CC, Salvetti MD. Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. *Rev Esc Enferm Universidad de São Paulo*. 2016;50:01014-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9wYD3GTdCYDkwS3QrWRRPxB/?lang=en>
42. Jansen K, Haugen DF, Pont L, Ruths S. Safety and effectiveness of palliative drug treatment in the last days of life—a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(2):508-21. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0885392417303810?token=E6DFCE3271AAE7D62042830E14293102A0EEDE39D39ECD0929D1D28914375F31A8A0118F3FBA7355C581BCC676A7CCAD&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230509212537>