



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuidados paliativos de enfermería en pacientes con Enfermedad

Pulmonar Obstructiva Crónica

Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciada en Enfermería

Autoras:

Albán Tovar, Orianna Elisandra

Benavides Mora, Nayyely Nicolle

Tutor:

MsC. Ivone de Lourdes Santillán Castillo

Riobamba, Ecuador. 2024

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotras, Orianna Elisandra Albán Tovar, con cédula de ciudadanía 0503327348 y Nayyely Nicolle Benavides Mora con cédula de ciudadanía 0250241098, autoras del trabajo de investigación titulado: Cuidados Paliativos de enfermería en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, certificamos que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad y de la tutora de investigación MsC. Ivone de Lourdes Santillán Castillo.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 06 de Noviembre del 2024.



Orianna Elisandra Albán Tovar

C.I: 0503327348



Nayyely Nicolle Benavides Mora

C.I: 0250241098

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Cuidados Paliativos de Enfermería en Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, presentado por Orianna Elisandra Albán Tovar con cédula de identidad número 0503327348 y Nayyely Nicolle Benavides Mora con cédula de identidad 0250241098, certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 06 de Noviembre del 2024.

PhD. Paola Maricela Machado Herrera
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



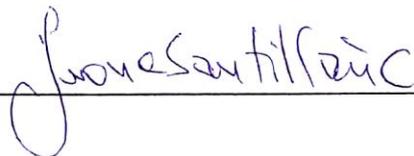
Mgs. Luz María Lalón Ramos
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Mgs. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Mgs. Ivone de Lourdes Santillán Castillo
TUTOR



CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Cuidados paliativos de enfermería en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, presentado por Orianna Elisandra Albán Tovar con cédula de identidad número 0503327348 y Nayyely Nicolle Benavides Mora con cédula de identidad número 0250241098, bajo la tutoría de Mgs. Ivone de Lourdes Santillán Castillo respectivamente; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 06 de Noviembre del 2024.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO

PhD. Paola Maricela Machado Herrera



MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Mgs. Luz María Lalón Ramos



MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Mgs. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua





Riobamba, 22 de octubre del 2024
Oficio N°091-2024-1S-TURNITIN -CID-2024

Dra. Paola Machado
DIRECTOR CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - UNACH
Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **MsC. Ivone Santillán C**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N°0404-D-FCS-ACADÉMICO-UNACH-2023, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa TURNITIN, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos de los estudiantes	% TURNITIN verificado	Validación	
					Si	No
1	0404-D-FCS-19-05-2023	Cuidados paliativos de enfermería en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Benavides Mora Nayely Nicolle Albán Tovar Orianna Elisandra	2	x	

Atentamente



PhD. Francisco Javier Ustáriz Fajardo
Delegado Programa TURNITIN
FCS / UNACH
C/c Dr. Vinicio Moreno – Decano FCS

DEDICATORIA

A lo largo de este camino, muchas personas han sido pilares fundamentales en mi vida, y quiero dedicar este logro a todas ellas.

A mi familia, por su amor incondicional, su apoyo constante y por ser mi fuente de inspiración. Gracias por siempre creer en mí y nunca dejarme sola. Su aliento y sacrificio han sido la base sobre la cual he construido este éxito.

A mi abuelito, que ya no está con nosotros, pero cuyo espíritu vive en mi corazón. Gracias por tus enseñanzas, tus historias y por ser un ejemplo de perseverancia y bondad. Te extraño cada día y este logro es en parte tuyo.

A mis amigos y a mi novio, por estar siempre ahí, en los momentos buenos y en los difíciles. Gracias por su paciencia, sus risas y por ser mi refugio.

Este logro es el resultado del esfuerzo colectivo de todas estas personas maravillosas que me han acompañado. A todos ustedes, les dedico esta tesis con todo mi cariño y gratitud.

Nicolle

La presente tesis va dedicada a mi padre, Franklin Vinicio Albán Taipe:

Tu fortaleza y tu incansable dedicación han sido las piedras angulares en esta etapa de mi vida. Desde mis primeros pasos hasta este logro académico, siempre has estado a mi lado, guiándome con tu sabiduría y amor incondicional. Tus enseñanzas han moldeado mi carácter y tu apoyo ha sido una fuente constante de motivación. Gracias por ser el pilar fundamental en mi vida y por enseñarme que con esfuerzo y determinación todo es posible. Esta tesis es tanto tuya como mía, porque sin tu influencia, este logro no habría sido posible.

A mi madre, Olga Elisandra Tovar Bermeo por tu amor, paciencia y dedicación que han sido una fuente inagotable de fuerza para mí. En los momentos de duda, tus palabras de aliento me han dado la confianza para seguir adelante. Gracias por estar ahí en cada paso del camino y por creer en mí cuando más lo necesitaba. Tu fe en mis capacidades ha sido un faro de esperanza que ha iluminado mi camino. Eres mi ejemplo de amor y entrega incondicional, y esta tesis es un reflejo de todo lo que me has enseñado.

A mi hermano, Styven, y a mi primo, Ariel:

Gracias por acompañarme cada domingo y por ser una constante en mi vida. Su compañía ha sido un bálsamo en los momentos de estrés y una alegría en los momentos de éxito. Los lazos familiares que compartimos me han dado la fortaleza para seguir adelante. Vuestras palabras de ánimo, risas compartidas y momentos de reflexión han sido fundamentales para mantener mi equilibrio y perspectiva.

A mi enamorado Andrés por tu amor y apoyo inquebrantable han sido mi refugio en los momentos de incertidumbre. Gracias por estar siempre presente, por ser mi sostén emocional y por nunca dejarme derrumbar. Tu paciencia, comprensión y fe en mí han sido vitales para que pudiera llegar hasta aquí. Eres mi compañero/a de vida y este logro también es tuyo.

A mis amigos y familiares: A cada uno de ustedes que han estado siempre presentes, brindándome su apoyo, amor y comprensión, les dedico esta tesis. Vuestras palabras de aliento, vuestra compañía en los momentos de alegría y tristeza, y vuestro amor incondicional han sido cruciales para mi éxito. Cada gesto, cada palabra de apoyo, y cada momento compartido han contribuido a que pueda alcanzar esta meta. Esta tesis es un reflejo del apoyo colectivo y el amor que he recibido de todos ustedes.

Con todo mi amor y gratitud,

Orianna

AGRADECIMIENTO

La realización de esta tesis no habría sido posible sin el apoyo y la contribución de muchas personas y entidades. Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que han sido parte de este proceso.

A nuestra familia, por ser nuestro pilar fundamental. Gracias por su amor, paciencia y apoyo incondicional. Su confianza y aliento constante que nos ha permitido superar cada obstáculo y seguir adelante.

A la Universidad Nacional de Chimborazo, por brindarnos una educación de calidad y por ser el escenario donde hemos podido crecer y desarrollarnos profesionalmente. Gracias por su compromiso con la excelencia académica y por proporcionar un entorno enriquecedor para el aprendizaje y la investigación.

A nuestra tutora, Ivone, por su orientación, paciencia y valiosas sugerencias a lo largo de este proceso. Gracias por su dedicación y por compartir su conocimiento y experiencia, guiándonos en cada etapa de esta investigación. Su apoyo ha sido crucial para la culminación de este trabajo.

A nuestros docentes, por su compromiso con la educación y por motivarnos a alcanzar nuestros objetivos. Gracias por compartir sus conocimientos y por inspirarnos a dar lo mejor de nosotros. Cada uno de ustedes ha dejado una marca imborrable en nuestra formación académica y personal.

A todos ustedes, les extendemos nuestro más profundo agradecimiento por su apoyo y contribuciones. Esta tesis es el resultado del esfuerzo conjunto y del impacto positivo que cada uno ha tenido en nuestra vida académica.

Nicolle y Orianna

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA	
DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I.....	12
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
CAPÍTULO III.	29
METODOLOGÍA.....	29
CAPÍTULO IV.	31
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31
CAPÍTULO V.	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS.....	62

RESUMEN

Los cuidados paliativos (CP) son considerados derechos humanos fundamentales de ser incorporados en la cobertura universal de salud. La Enfermería en CP debe adoptar una perspectiva integral basada en principios éticos y en relaciones interpersonales sólidas para un cuidado holístico integral. Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) requieren de CP en cualquier nivel asistencial y principalmente en la fase avanzada de la patología. La revisión bibliográfica determina los cuidados paliativos de enfermería en pacientes con EPOC en fase avanzada, además identifica los aspectos funcionales, psicológicos, sociales y éticos, así como establece las intervenciones de enfermería y beneficios del cuidado a domicilio. **Metodología:** Fueron recolectadas y analizadas 131 referencias bibliográficas de las principales bases de datos como: Elsevier, Medigraphic, Redalyc, Dialnet, SciELO y páginas web oficiales de la OMS, OPS y MSP. **Conclusiones:** En la revisión se identificó que las principales manifestaciones funcionales y psicológicas en fase avanzada de la EPOC son el dolor, disnea, tos, expectoración, ansiedad y depresión, en las sociales se encontraron la religión y la espiritualidad con los respectivos cuidados paliativos de enfermería. Además, se pudo identificar que los profesionales de enfermería que asisten pacientes en CP se enfrentan a una variedad de situaciones conflictivas y dilemas éticos como la sedación paliativa y voluntades anticipadas. Se determinó que el mejor lugar para brindar CP y acompañar hasta el final de vida al paciente con EPOC, cuidador y familia es el domicilio. **Ética y Conflictos de Intereses:** No hubo conflictos.

Palabras claves: cuidados paliativos, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, signos y síntomas, atención domiciliaria de salud, ética en enfermería.

ABSTRACT

Palliative care (PC) is considered a fundamental human right that should be incorporated into universal health coverage. PC nursing should adopt a holistic perspective based on ethical principles and solid interpersonal relationships for holistic care. Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) require PC at any level of care and are mainly in the advanced stage of the pathology. The literature review determines the palliative nursing care in patients with COPD in an advanced stage, identifies the functional, psychological, social, and ethical aspects, and establishes the nursing interventions and benefits of home care. Methodology: 131 bibliographic references were collected and analyzed from the central databases such as Elsevier, Medigraphic, Redalyc, Dialnet, SciELO, and the official websites of WHO, PAHO, and MPH. Conclusions: The review identified that the main functional and psychological manifestations in advanced stage COPD are pain, dyspnea, cough, expectoration, anxiety, and depression; in the social ones were found religion and spirituality with the respective palliative nursing care. In addition, it was possible to identify nursing professionals who assist patients in PC face various conflicting situations and ethical dilemmas such as palliative sedation and advanced directives. It was determined that the home is the best place to provide PC and accompany the COPD patient, caregiver, and family until the end of life. Ethics and Conflicts of Interest: There were no conflicts.

Keywords: palliative care, chronic obstructive pulmonary disease, signs and symptoms, home health care, nursing ethics.



firmado electrónicamente por:
SOFIA FERNANDA
FREIRE CARRILLO

Reviewed by:

Mgs. Sofía Freire Carrillo

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0604257881

CAPÍTULO I.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que cada año aproximadamente 40 millones de personas en todo el mundo requieren atención paliativa debido al envejecimiento de la población y al incremento de enfermedades crónicas y no transmisibles. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a los cuidados paliativos (CP) como un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, en la que incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana del dolor, problemas físicos, psicosociales y espirituales ⁽¹⁾.

La OMS en el “*Programa de control de cáncer en países de vía de desarrollo*” (2018), señala que las patologías más frecuentes en la población Susceptible a Cuidados Paliativos (SCP), fueron Cáncer (61,9%), Demencias y Alzheimer (19,9%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (6,2%) e Insuficiencia Cardíaca (4,1%). La proporción de pacientes identificados como paliativos fue significativamente mayor para el cáncer (86,8%), mientras que fue menor para demencias y Alzheimer (20,5%), EPOC (38,4%) y Parkinson (0,4% de 2,9%). Casi la mitad de los fallecidos en el domicilio eran SCP, aunque solo el 66,4% de los mismos fueron identificados ⁽²⁾.

Se estima que alrededor de 35 millones de personas en el mundo requieren CP, especialmente los que padecen cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Enfermedades Cerebrovasculares, Trastornos Neurodegenerativos, Enfermedades Geriátricas, entre otras. Aproximadamente el 50% de las personas que fallecen cada año necesitan este tipo de cuidados, en especial los pacientes que se encuentran en fases avanzadas y con mínimas probabilidades de recuperación ⁽³⁾.

En Latinoamérica solo el 4% de las personas tienen acceso a CP considerando que, para el 2060 existirá un aumento global del 87% en padecimientos graves con necesidades de servicios especializados en CP ⁽⁵⁾. Según el “*Atlas de Cuidados Paliativos del 2020*”, se reportaron un total de 1.562 equipos de CP, siendo Uruguay el país con mayor porcentaje (24,49/millón de habitantes) seguido de Costa Rica y Chile, mientras que en Ecuador se registraron 4,63 equipos de CP por millón de habitantes ⁽⁶⁾.

Los cuidados paliativos son considerados derechos humanos fundamentales a ser incorporados en la cobertura universal de salud. La necesidad de CP está en continuo aumento a nivel mundial y como mencionado anteriormente el acceso a ellos no es equitativo principalmente en los países de bajos y medianos ingresos que representan el 84% de la población mundial. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe reportan los indicadores más bajos de CP y alivio del dolor ⁽⁴⁾.

La iniciativa de CP en Ecuador comenzó en la década de 1990 en las ciudades de Quito y Guayaquil e inicialmente se enfocó en residencias de hospicio para estadias de mediano y largo plazo y/o atención hasta el fin de vida. En la ciudad de Guayaquil se comenzó a atender a pacientes con cáncer, este fue un servicio exclusivo brindado por el Hospital Terciario SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer) Matriz, que inició sus labores con una consulta externa complementada con apoyo domiciliario y en la actualidad cuenta con una disponibilidad de 8 camas para garantizar una transición eficiente del hospital al hogar⁽⁵⁾.

A lo largo del ciclo de vida del ser humano pueden presentarse enfermedades que amenazan la vida, sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren de cuidados paliativos, los mismos que deben ser brindados en los tres niveles de atención y en el domicilio de acuerdo con los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. Uno de los desafíos del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es añadir enfoques y servicios de CP para así cumplir con las actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias en estrecha relación con las familias y comunidades⁽⁷⁾.

La Enfermería en cuidados paliativos se considera como formación de postgrado tanto en especialidad como en maestría, donde los profesionales deben poseer habilidades de pensamiento crítico, práctica basada en evidencia, comunicación, educación, atención espiritual y psicosocial. Además, de ser el enlace principal entre pacientes, familias y el equipo interdisciplinario de cuidados paliativos hospitalarios y domiciliarios, deben tener formación en los roles clínicos, de consultoría, administración, educación e investigación y toma de decisiones⁽⁹⁾.

Quesada R., en el artículo “*Cuidados paliativos en el domicilio*” (2018) comenta que los CP en el domicilio son importantes debido a que dignifican la muerte, permitiendo al paciente estar en su entorno familiar. Sin embargo, para lograr una atención adecuada, es importante considerar varios requisitos como, las características del ambiente familiar, la disponibilidad de servicios paliativos, la disposición del paciente a ser atendido en su casa y en un ambiente adecuado, ayudando a mejorar la calidad de vida⁽¹⁰⁾.

En el estudio “*Enfermería en los Cuidados Paliativos Domiciliarios*” del autor Pérez N, et al (2018) mencionan que la atención domiciliaria para los pacientes y su familia es recibir un trato más personalizado por parte del equipo interdisciplinario de CP, estableciendo así una mayor confianza e intimidad con cierta autonomía y conservando la dignidad de los pacientes. La Atención Domiciliaria beneficia también a la familia, debido a que satisface las necesidades del ser querido al permanecer en el hogar ayudará a mejorar la calidad de vida del paciente, así como la elaboración del duelo, reduciendo los continuos ingresos hospitalarios⁽¹¹⁾.

El personal de enfermería es esencial dentro del equipo que brindan cuidados al final de la vida, puesto que permanece junto al usuario la mayor parte del día, proporcionando información e identificando y escuchando sus necesidades. Así, el profesional de enfermería participa activamente en entrevistas y sesiones clínicas con el paciente garantizando un

enfoque general del cuidado de la persona. La programación de los cuidados debe integrar, no solo el control de los síntomas físicos, sino también la atención a la familia, el entorno, las necesidades psicológicas y las espirituales ⁽¹²⁾.

Sobral M., et al (2020) en el artículo “*Conflictos bioéticos en los cuidados al final de la vida*” indica que los CP están orientados a los principios bioéticos, en el respeto de la autonomía basando la atención en la beneficencia y no maleficencia para garantizar una mejor calidad de vida al paciente y su familia, en ciertas situaciones la esperanza de vida puede crear dilemas extendiendo el sufrimiento humano por intentar salvarle la vida, por lo cual el profesional de salud se encarga de manejar las expectativas de la atención al final de vida. Se evidencian además que existen pocos estudios de la participación del enfermero y la forma en que maneja los dilemas bioéticos en la relación con los familiares del paciente ⁽¹³⁾.

Según la OMS, señala que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad frecuente, prevenible y tratable la cual se caracteriza por sintomatología respiratoria con limitación del flujo aéreo persistente con presencia de anomalías en las vías respiratorias o alveolares generadas por varios factores de riesgo como: tabaquismo,⁽⁶⁾ la contaminación atmosférica, las infecciones repetidas de las vías respiratorias en la infancia, así como la exposición laboral a polvos, partículas, gases nocivos y productos químicos⁽⁹⁾.

Según Torres L., et al (2021) en su estudio “*Contaminación del aire y su influencia en la incidencia de enfermedades respiratorias en Santa Elena Ecuador 2020*” menciona que la quema de combustibles sólidos como madera, carbón u otras biomásas en fogones o estufas liberan monóxido de carbono y niveles significativos de partículas pequeñas que permanecen en suspensión en el aire. Dichas partículas presentan un impacto negativo en el cuerpo humano, dando lugar a enfermedades pulmonares, accidentes cerebrovasculares, afecciones cardíacas y cáncer de pulmón ⁽¹⁴⁾.

La “*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*” (GOLD) y la OMS integran criterios de diagnóstico, estadificación y seguimiento a pacientes con EPOC ⁽¹⁵⁾. A partir del año 2007, la iniciativa GOLD clasificó la severidad de la EPOC en base al grado de limitación del flujo aéreo en los pacientes con una relación volumen espiratorio forzado en un segundo (VEF1)/ Capacidad vital forzada (CVF) postbroncodilator $< 0,70$ ⁽¹⁵⁾; generando cuatro estadios: GOLD I o leve ($VEF1 \geq 80\%$ del valor predictivo), GOLD II o moderado ($50\% \leq VEF1 < 80\%$ del valor predictivo), GOLD III o severo ($30\% \leq VEF1 < 50\%$ del valor predictivo) y GOLD IV o muy severo ($VEF1 < 30\%$ del valor predictivo)⁽¹⁵⁾.

A partir del año 2011 la GOLD expone una clasificación de variables clínicas tales como severidad de los síntomas e historial de exacerbaciones. Con esta nueva clasificación, el paciente puede organizarse en cuatro grupos: A (bajo riesgo, poco sintomático), B (bajo riesgo, más sintomático), C (alto riesgo, poco sintomático) o D (alto riesgo, más sintomático). Desde el año 2017 y hasta la presente fecha, la GOLD propone una evaluación de la severidad de la enfermedad de forma más individualizada determinando en primer lugar

la severidad de la limitación del flujo aéreo del paciente seguido de la cuantificación de sus síntomas y riesgo de exacerbaciones⁽¹⁵⁾.

Entre las causas principales de muerte y discapacidad en la Región de las Américas se encuentran las enfermedades respiratorias crónicas (ERC), entre ellas se destacan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, y otras enfermedades respiratorias crónicas como las pulmonares ocupacionales e hipertensión pulmonar. Los factores de riesgo más importantes que ocasionan las ERC son: el consumo de tabaco, la contaminación del aire en el hogar y el medio ambiente, los productos químicos en el lugar de trabajo y la exposición al polvo y otros contaminantes ambientales⁽¹⁶⁾.

La EPOC se encuentra en el tercer lugar como causa de muerte a nivel mundial, siendo responsable de 3,23 millones de fallecimientos en 2019. Aproximadamente el 90% de las muertes por esta enfermedad en personas menores de 70 años se producen en países con ingresos medios y bajos⁽⁶⁾.

Según la OPS en el informe estadístico de “*La Carga de las Enfermedades Respiratorias Crónicas: nivel por país*” (2019), reporta que en el Ecuador causaron el 20.0 % de defunciones por 100.000 habitantes, es así que la EPOC generó el 14.6 % de muertes ubicándolo en el Quintil 2: 20 - 40%. De acuerdo con estos datos estadísticos el Ecuador se encuentra en el puesto 26 de toda América Latina siendo Honduras el primer país con más defunciones (58.7%) por cada 100.000 habitantes⁽¹⁶⁾.

Por su parte, Pérez L., (2018) en el artículo “*Cuidados paliativos para pacientes con insuficiencia respiratoria crónica*” señala que en adultos de 40-80 años la prevalencia de EPOC fue del 10,2% de los cuales 15,1% fueron varones y 5,7% mujeres. El autor menciona que, a pesar de la reducida evidencia, las guías recomiendan ofertar cuidados paliativos a pacientes con patologías respiratorias crónicas graves, pero solo el 2% recibe este tipo de cuidados. Existen dificultades para implementar los cuidados paliativos a los pacientes con EPOC debido al coste elevado por el alto consumo de recursos sanitarios, las necesidades para garantizar la calidad de vida en fase avanzada y el techo terapéutico⁽¹⁷⁾.

En el Ecuador, la EPOC es reconocida como un problema para la salud pública debido a las limitaciones (fisiológicas-físicas) de las personas, en su entorno familiar, social, psicológico y laboral generando un rápido deterioro en la calidad de vida, los factores de riesgo según el Ministerio de Salud Pública (MSP) señala que el alto consumo de tabaco desde edades tempranas y la exposición constante a ambientes contaminados, ha generado un alto índice de hospitalizaciones cuando ocurre su exacerbación que representa un alto costo para el Sistema Nacional de Salud por ser una enfermedad crónica⁽¹⁸⁾.

En la “*Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026*” el Registro Estadístico de Defunciones Generales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2019) señaló que el 45.5% de personas fallecieron en el hogar desconociendo el tipo de atención

recibida. Siendo relevante con el objetivo de fortalecer la atención paliativa domiciliaria, la capacitación y seguimiento del servicio brindado⁽⁸⁾. Por otro lado, el registro del número de defunciones por patologías definitivas para cuidados paliativos (CIE 10 de McNamara) elaborado por la Dirección Nacional de Estadísticas y análisis de información de salud (DNEAIS), ubica a la EPOC en el puesto 9 según la causa específica con 3066 fallecidos equivalente al 3% de defunciones en adultos a partir de los 20 años durante el 2020⁽⁸⁾.

La EPOC se considera una patología crónica incurable y en la fase avanzada necesita de medicina paliativa para mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas. Existe desconocimiento y falta de formación por parte de los profesionales de salud sobre la aplicación de cuidados paliativos. Estos pacientes no reciben el apoyo paliativo adecuado en las fases finales de la enfermedad, por lo que es crucial mantener una comunicación efectiva con ellos para entender sus necesidades y voluntades⁽¹⁸⁾.

En una Investigación denominada “*Actividades de cuidados en pacientes con enfermedades terminales. Unidad de cuidados paliativos. Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón*” según el autor Delgado N., et al (2019) menciona que la insuficiente preparación del personal de salud en cuidados paliativos les producirá alteraciones en el estado emocional como, la ansiedad, el estrés y el miedo, de esta manera es fundamental que se desarrollen destrezas eficaces de afrontamiento⁽¹⁹⁾.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) impulsa el proyecto de atención especializada en CP en todas las unidades de salud, teniendo como objetivo brindar calidad de vida al paciente y familia hasta el final de vida. La doctora en CP Ximena Pozo que forma parte del equipo de Gobernanza de la Salud Pública manifiesta que el sistema de referencia y contrarreferencia debe ser fortalecido, debido a que el paciente con enfermedad grave o avanzada inicia el tratamiento en hospitales de segundo y tercer nivel para después ser dirigido a un centro de salud cercano a su domicilio para proseguir con su cuidado⁽²⁰⁾.

La doctora Pozo, aconseja que “*El mejor lugar para el final de la vida es el domicilio, junto a la familia y no en el hospital, por eso la mayor parte de programas que existen en el mundo son domiciliarios. El paciente regresa a su casa, pero con un equipo técnico que lo acompañe, en el que se incluyen médicos, enfermeras y técnicos de atención primaria en salud entre otros que visitan al paciente, familia y comunidad*”⁽¹⁸⁾.

Considerando lo expuesto, es importante que el personal de enfermería tenga conocimiento sobre qué son y lo que engloba los cuidados paliativos en pacientes con EPOC visto que el papel fundamental es desarrollar el proceso de atención y seguimiento al paciente, para lo cual sería importante poder responder a las preguntas: ¿Cuáles son los cuidados paliativos de enfermería en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica? ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y los beneficios de los cuidados paliativos de enfermería a domicilio en pacientes con EPOC avanzada?

Por tal razón el presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los cuidados paliativos de enfermería en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica para lo cual es importante identificar los aspectos multidimensionales de la patología (funcionales, psicológicos, sociales, éticos), además establecer las intervenciones y determinar los beneficios de los cuidados paliativos a domicilio para el paciente con EPOC en fase avanzada.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad inflamatoria que obstruye y reduce el flujo de aire, ocasionando problemas respiratorios⁽²¹⁾. La mucosidad puede dañar o bloquear los pulmones en las personas que padecen EPOC, provocando síntomas como la tos frecuentemente con esputo, dificultad para respirar y sibilancias⁽²²⁾. En etapas tempranas, puede manifestarse como disnea de esfuerzo (al levantar la mano, peinarse o vestirse) y a medida que la enfermedad avanza la dificultad respiratoria aumenta con el tiempo y puede volverse crónica afectando incluso en reposo⁽²³⁾.

Según datos de la OMS a nivel mundial, se estima que la enfermedad pulmonar crónica mata a una persona cada 10 segundos (3 millones de pacientes cada año) y que para el 2030 será la tercera causa más importante de mortalidad. Las personas con EPOC enfrentan un mayor riesgo de padecer otras condiciones de salud, como infecciones pulmonares, cáncer de pulmón, debilidad muscular, osteoporosis, depresión, ansiedad⁽²⁵⁾ y en particular enfermedades cardiovasculares, lo que aumenta el riesgo de muerte súbita cardíaca en los años posteriores al diagnóstico⁽²⁶⁾.

La dificultad respiratoria aumenta en la mediana edad del paciente con EPOC lo que provoca un impacto económico y significativo en el paciente debido a la disminución de la productividad en el trabajo y el aumento de los costos de atención médica para la persona y el estado⁽²⁴⁾. Mientras que, en fases avanzadas de la EPOC, la calidad de asistencia domiciliar beneficia al bienestar del paciente y la familia, contribuyendo a disminuir los continuos ingresos hospitalarios y la reducción de costos al sistema de salud⁽¹⁷⁾.

La EPOC actualmente ocupa el cuarto lugar entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. La prevalencia depende del país, edad y el sexo, pero se aproxima a 10% en personas mayores de 40 años⁽²⁷⁾. En el portal de datos de la OPS sobre “*La Carga de Enfermedades Respiratorias Crónicas*” se identificó que, en el 2019 la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ocasionó el 14.6 % de defunciones por 100 000 habitantes con 64.8 de Años Vividos con Discapacidad (AVD), lo que ubica a Ecuador en el Quintil 2: 20 - 40% entre todos los países de América Latina en función a los valores⁽¹⁶⁾.

Las estadísticas de la OMS indican que, de los 55,4 millones de muertes a nivel mundial, el 55,0% estuvieron relacionadas con 10 causas de defunción, atribuidas en tres grupos: 1) enfermedades cardiovasculares (cardiopatías isquémicas, accidentes cerebrovasculares); 2) enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infecciones de las vías respiratorias inferiores); y 3) afecciones neonatales⁽²⁸⁾.

Por otra parte, según datos del INEC (2016), la EPOC alcanzó una prevalencia del 4.7%, ubicándose entre las 10 causas de discapacidad y las primeras 20 causas de mortalidad en adultos, alcanzando una tasa de 10.31% de muertes por cada 100.000 habitantes y se verificó un aumento en la prevalencia en mujeres ⁽²⁹⁾.

En la fisiopatología de la EPOC intervienen varios procesos que colaboran al desarrollo y la progresión de esta enfermedad, los cuales son: inicia con una inflamación crónica como respuesta a la exposición constante de gases irritantes respiratorios, lo que ocasiona una lesión en las vías respiratorias y los pulmones ⁽³⁰⁾.

Las células del revestimiento de las vías respiratorias producen una hipersecreción de moco ocasionando una obstrucción e impidiendo la respiración normal. Esta inflamación y el exceso de moco con el transcurso originan fibrosis y estrechamiento en las vías respiratorias lo que causa una congestión del flujo aéreo, además puede ocurrir una destrucción de los alveolos afectando la capacidad del intercambio gaseoso, lo que conlleva al deterioro de los bronquios y bronquiólos ⁽³⁰⁾.

Seguidamente desencadena la broncoconstricción como respuesta a ciertos estímulos que experimenta las vías respiratorias, esto contribuye aún más a la oclusión del flujo del aire. Finalmente, la obstrucción de las vías respiratorias afecta a la eliminación eficiente de dióxido de carbono y captación de oxígeno por alteración de estos gases, reduciendo la capacidad pulmonar y la función respiratoria ⁽³⁰⁾.

Así pues, estos cambios fisiopatológicos conducen a la obstrucción del flujo de aire durante la exhalación, dificultando la respiración. Además, la alteración en el intercambio gaseoso y la respuesta inflamatoria persistente contribuyen a la progresión de la EPOC y sus consecuencias clínicas. La prevención y el manejo de la exposición a factores de riesgo, especialmente el tabaquismo, son fundamentales en la gestión de la EPOC ⁽³⁰⁾.

Los principales factores de riesgo que ocasionan las Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC) son las partículas irritantes como: el humo del tabaco ya sea de manera activa o pasiva, la contaminación del aire en el hogar y el medio ambiente, los productos químicos en el lugar de trabajo, la exposición al polvo ⁽³¹⁾. Es importante destacar que, en la región de las Américas, siete de cada diez muertes por EPOC (71%) en personas mayores de 30 años se deben al humo del tabaco y con el tiempo experimentan dificultad para respirar ⁽²¹⁾.

Por otro lado, según Córdova D., et al (2022) en el artículo *“Revisión de actualidad, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica”* mencionan que las causas de la EPOC son la exposición a factores externos, predominando el tabaco como principal agente en el Ecuador, contribuyendo al 80% de los casos. Existen otros desencadenantes, como la exposición a la contaminación ambiental, el contacto con polvos, humos, productos químicos y combustibles de biomasa, incluyendo problemas respiratorios que se originan a edades tempranas ⁽³²⁾.

Los riesgos mencionados anteriormente afectan el desarrollo del embarazo, causando retraso del crecimiento uterino, parto prematuro poniendo en peligro la vida fetal y en los primeros años de vida. Estas infecciones respiratorias graves pueden interferir en el desarrollo completo de los pulmones del feto, causando asma en la infancia y una condición congénita poco común conocida como deficiencia de alfa-1 antitripsina, provocando EPOC a una edad temprana⁽³³⁾.

La Estrategia “*Global para el Diagnóstico, Manejo y Prevención de la EPOC (2024)*”, que tiene como objetivo “*proporcionar una revisión imparcial de la evidencia actual para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de personas con EPOC*”, sugiere que es importante realizar una espirometría para establecer el contexto clínico. De la relación obtenida de la espirometría post broncodilatador menor a 0,70 entre el Volumen Espiratorio forzado en el primer segundo y la Capacidad Vital Forzada (FEV1/FVC) confirma una limitación persistente del flujo aéreo⁽³⁴⁾.

La espirometría es una prueba no invasiva de fácil acceso y a pesar de su alta sensibilidad, la medición del flujo espiratorio máximo no puede considerarse una prueba diagnóstica confiable por su limitada especificidad. La OMS ha establecido intervenciones mínimas para el diagnóstico de la EPOC en atención primaria⁽³⁴⁾.

Los individuos afectados por la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) experimentan atrapamiento aéreo, evidenciado por un aumento en el volumen residual, desde las etapas iniciales de la enfermedad. Con el deterioro progresivo de la enfermedad se desarrolla una hiperinflación estática, traducida en un aumento de la capacidad pulmonar total. Estos cambios se pueden detectar mediante la pletismografía corporal o a través de la medición del volumen pulmonar mediante la dilución de helio, estos métodos diagnósticos contribuyen a definir la severidad de la EPOC⁽³⁵⁾.

La radiografía de tórax no resulta efectiva para diagnosticar la EPOC, pero ayuda a confirmar la presencia de comorbilidades relacionadas con enfermedades respiratorias concomitantes (fibrosis pulmonar, bronquiectasias y enfermedades pleurales), del sistema esquelético (cifoescoliosis) y cardíacas (cardiomegalia). Los cambios radiológicos asociados a la EPOC engloban señales de atrapamiento aéreo (como diafragma aplanado y aumento del volumen del espacio aéreo retroesternal), hiperlucencia pulmonar y reducción de las marcas vasculares. En pacientes con EPOC que cumplan con los criterios para la evaluación del riesgo de cáncer de pulmón se aconseja realizar la tomografía computarizada (TC)⁽³⁶⁾.

La evaluación de la capacidad de difusión del monóxido de carbono de los pulmones (DLco) se centra en examinar las propiedades de transferencia de gas en el sistema respiratorio. Los valores de DLco inferiores al 80% indican un riesgo elevado de desarrollar EPOC, asociándose a una disminución en la capacidad de ejercicio y un deterioro en el estado de salud. Mientras que la oximetría de pulso se utiliza para examinar la saturación de

oxígeno arterial y determinar si requiere oxigenoterapia adicional. En situaciones con saturación inferior al 92 %, se aconseja analizar los gases en sangre arterial o capilar⁽³⁶⁾.

Es importante que, además de utilizar métodos diagnósticos, se realice una evaluación de la gravedad de la disnea y los síntomas de la EPOC utilizando herramientas específicas, como recomienda la guía “*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*” (GOLD) la utilización de la escala de disnea modificada del “*Medical Research Council*” (mMRC) (Figura 1), que permite cuantificar la dificultad respiratoria de manera visual y sencilla, donde un mayor grado indica mayor severidad. Asimismo, se emplea la evaluación mediante el “*COPD Assessment Test*” (CAT) (Figura 2), que mide el impacto que la EPOC tiene en el bienestar y la vida diaria del paciente⁽³⁵⁾.

Según la guía GOLD clasifica a la gravedad de la obstrucción del flujo aéreo de la EPOC en 4 estadios:

Tabla 1. Clasificación de la gravedad de la obstrucción del flujo aéreo de la EPOC

En pacientes con un valor de FEV/FVC < 0,70:		
GOLD 1	Leve	FEV1 ≥80% del valor esperado
GOLD 2	Moderado	FEV1 50%-79% del valor esperado
GOLD 3	Grave	FEV1 30%-49% del valor esperado
GOLD 4	Muy grave	FEV1 <30% del valor esperado

Tomado de: Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease⁽³⁵⁾.

El estadio 4 es el más común en pacientes con EPOC en fase avanzada, durante este período, los pacientes enfrentan una serie de desafíos funcionales, psicológicos, sociales y éticos. La relevancia de los síntomas es determinante en la percepción del paciente sobre la gravedad de su enfermedad y, por lo tanto, influyen significativamente en la calidad de vida⁽³⁷⁾.

El conjunto de requerimientos de los pacientes con esta enfermedad crónica avanzada va más allá de los aspectos clínicos y del manejo, abarcando otros aspectos multidimensionales como lo funcional, social, psicológico y ético, ligados a la etapa final de la enfermedad. Un entendimiento detallado de estas necesidades del paciente, el núcleo familiar y del cuidador es esencial para una planificación realista de los cuidados necesarios para el paciente paliativo con EPOC⁽³⁸⁾.

Figura 1. Escala de valoración de disnea MRC modificada.

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA DISNEA DEL MRC MODIFICADA*		
MARQUE EL RECUADRO QUE PROCEDA EN SU CASO UN SOLO RECUADRO Grados 0-4		
Grado 0 de mMRC	Tan solo me falta el aire al realizar ejercicio intenso.	<input type="checkbox"/>
Grado 1 de mMRC	Me falta el aire al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.	<input type="checkbox"/>
Grado 2 de mMRC	No puedo mantener el paso de otras personas de mi misma edad en llano o tengo que detenerme para respirar al andar en llano a mi propio paso.	<input type="checkbox"/>
Grado 3 de mMRC	Me detengo para respirar después de andar unos 100 metros o después de andar pocos minutos en llano.	<input type="checkbox"/>
Grado 4 de mMRC	Tengo demasiada dificultad respiratoria para salir de casa o me cuesta respirar al vestirme o desvestirme.	<input type="checkbox"/>

Tomado de: Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease⁽³⁵⁾.

Figura 2. Evaluación COPD Assesment Test (CAT)

EVALUACIÓN DEL CAT™								
Para cada ítem, marque (X) en el recuadro que mejor describa su situación actual. Asegúrese de elegir una sola respuesta para cada pregunta.								
EJEMPLO: Estoy muy contento	0	1	2	3	4	5	Estoy muy triste	PUNTUACIÓN
Nunca toso	0	1	2	3	4	5	Siempre estoy tosiendo	
No tengo flema (mucosidad) en el pecho	0	1	2	3	4	5	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)	
No siento ninguna opresión en el pecho	0	1	2	3	4	5	Siento mucha opresión en el pecho	
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire	0	1	2	3	4	5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta mucho el aire	
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	0	1	2	3	4	5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas	
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	0	1	2	3	4	5	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco	
Duermo sin problemas	0	1	2	3	4	5	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco	
Tengo mucha energía	0	1	2	3	4	5	No tengo ninguna energía	
PUNTUACIÓN TOTAL								○

Tomado de: Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease ⁽³⁸⁾.

Por lo tanto, la OMS define a los CP como las intervenciones relacionadas a enfermedades amenazantes, que mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Estos cuidados deben ser implementados en cualquier etapa de la EPOC por lo que es importante realizar una valoración, identificación y evaluación temprana de problemas funcionales, sociales, psicológicos y éticos del paciente, cuidador y familia ⁽³⁹⁾. Además, es fundamental que el personal de enfermería esté capacitado para brindar cuidados paliativos holísticos, ya que son los que pasan mayor tiempo durante el proceso de la enfermedad y al final de la vida ⁽⁴⁰⁾.

El enfoque principal del conocimiento en el campo de la enfermería reside en el cuidado, una característica que lo distingue de otras profesiones y esto implica ofrecer apoyo para mejorar la salud de un individuo, siendo esencial para la supervivencia, desarrollo y capacidad para enfrentar los desafíos de la vida ⁽⁴¹⁾. Además, interviene en todas aquellas actividades que la persona no puede realizar por sí misma para mejorar la calidad de vida y alcanzar la autonomía que le permita la enfermedad, por lo que es importante poner en práctica los principios fundamentales como la sensibilidad, la capacidad de adaptación y la generosidad ⁽⁴¹⁾.

En el 2011 “La Asociación Canadiense de Escuelas de Enfermería” (CASN) señaló que las competencias necesarias para brindar atención en CP y al final de vida son, apoyar en la toma de decisiones siempre que sean razonables, asimismo proporcionar cuidados

adaptados a las necesidades de los pacientes con diferentes tipos de patologías mostrando una actitud de apoyo desde una perspectiva intercultural, considerar el sufrimiento y el dolor que la familia experimenta, donde el personal de enfermería demuestra la capacidad para abordar problemas psicosociales relacionados con la muerte en el hogar y el cuidado postmortem, aplicando los principios éticos en la toma de decisiones al final de la vida^(42,43).

Sin embargo, los CP en enfermería son una especialidad que requiere formación específica, incluyendo habilidades en pensamiento crítico y aplicación de prácticas basadas en evidencia, capacitación en comunicación, educación tanto para pacientes como para familiares, atención espiritual y apoyo psicosocial. Es necesario tener formación en los cuatro roles fundamentales de la enfermería: clínica, administración, educación e investigación, ya que actúa como el primer punto de contacto entre el paciente, la familia y el equipo interdisciplinario de cuidados paliativos⁽⁴⁴⁾.

Con frecuencia, los cuidados paliativos se brindan al paciente en el domicilio, así como en entornos hospitalarios, clínicos y servicios ambulatorios. Los CP brindados en el hogar son importantes porque promueven la comodidad, el apoyo emocional, la autonomía y el control de los síntomas de los pacientes en el final de la vida, así como ayudan a reducir los costos hospitalarios y permiten una atención más personalizada y centrada en el paciente. A pesar de esta evidencia, los recursos de cuidados paliativos domiciliarios para pacientes con enfermedades no oncológicas están infrutilizados y poco conocidos⁽⁴⁵⁾.

Por tal razón, la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) hace énfasis en los CP para pacientes con EPOC, ya que, el objetivo es mejorar y acercar más la hospitalización a domicilio al paciente respiratorio crónico, ayudando a la calidad de vida⁽⁴⁶⁾. De este modo el manejo de esta enfermedad ha variado en las últimas décadas debido a los avances en el diagnóstico y tratamiento. Con la finalidad de obtener una estrategia de medicina con precisión con el objetivo de mejorar la atención individual de estos pacientes y dirigir el tratamiento de forma más precisa⁽⁴⁷⁾.

La importancia de los cuidados paliativos que brinda enfermería a los pacientes con EPOC son esenciales, ya que se encargan de ayudar a que la persona lleve una mejor calidad de vida mientras la enfermedad avanza sin recurrir a procedimientos invasivos, es por ello que los profesionales de enfermería trabajan diariamente para mejorar los cuidados y la satisfacción del paciente, respetando los principios éticos y bioéticos⁽⁴⁸⁾.

Con respecto a las manifestaciones funcionales más comunes de la EPOC en fase avanzada incluyen: dolor (77%), disnea (32% - 98%), tos y expectoración (45% - 70%), fatiga (23% - 96%), anorexia (67%) e insomnio (15% - 77%). También se observan aspectos psicológicos como la depresión (7% - 80%) y la ansiedad (10% - 15%), así como problemas sociales, como la percepción de aislamiento, exclusión, religiosidad, espiritualidad. Además, en pacientes con cuidados paliativos el personal de enfermería debe enfrentar, gestionar y dar solución a diferentes dilemas éticos como las voluntades anticipadas y la sedación paliativa⁽⁴⁹⁻⁵²⁾.

Sin embargo, las intervenciones realizadas por enfermería deben centrarse en el trabajo en equipo, promoviendo una comunicación efectiva entre todos los miembros. La transferencia adecuada de información entre los profesionales de la salud y los procedimientos para solicitar recursos o servicios sociales se consideran esenciales para garantizar una atención de calidad en cuidados paliativos. El rol de enfermería implica comprender y comunicar las necesidades y deseos del paciente y sus familiares al equipo, con el fin de establecer un plan terapéutico integral ⁽⁵³⁾.

El personal enfermero debe evaluar de manera precisa las necesidades y manifestaciones tanto del paciente como de su familia, considerándolos como una unidad de atención. El uso del *Instrumento Diagnostico de la Complejidad de los Cuidados Paliativos* (IDC-Pal) permite evaluar la complejidad de los pacientes que requieren cuidados paliativos, para clasificar y determinar la necesidad de recursos convencionales o avanzados ⁽⁵³⁾.

Por otro lado, la mayoría de los pacientes prefieren recibir cuidados paliativos en el hogar, por lo que es importante identificar los elementos esenciales para la atención de alta calidad. Las visitas deben ser planificadas en conjunto con el paciente y la familia con el objetivo de garantizar el confort y bienestar mediante una evaluación profunda y continua de las necesidades básicas siguiendo modelos de valoración enfermera como el propuesto por Virginia Henderson u otros seleccionados por el equipo interdisciplinario para establecer relaciones positivas, participar en la práctica experta y abogar por el paciente ⁽⁵⁴⁾.

Entre las principales manifestaciones funcionales de la EPOC se encuentra la disnea, para mejorar este síntoma se colocará al paciente en posición Fowler acompañado de oxigenoterapia continua domiciliaria la cual también reducirá la tos ^(55,56). Para reducir la fatiga el personal de enfermería debe colaborar en la realización de los programas de ejercicios de extremidades superiores, caminatas y en la terapia de músculos espiratorios e inspiratorios, que forman parte del tratamiento no farmacológico y son fundamentales en la rehabilitación pulmonar, contribuyendo también a la disminución de la disnea, ansiedad y depresión ^(57,58).

Así mismo, para manejar el dolor es necesario cuantificar la intensidad utilizando las escalas unidimensionales (*EVA*): 1-4 primer escalón; 5-6 segundo escalón; 7-10 tercer escalón ⁽⁵⁹⁾. La *Escala de Análisis Visual* (*VAS*) consiste en una línea horizontal de 10 cm en el extremo izquierdo esta la ausencia del dolor y en el extremo derecho el mayor dolor imaginable. *Escala categórica* utilizada en pacientes que no pueden cuantificar los síntomas mediante otras escalas y expresan su dolor de acuerdo con la intensidad según su sintomatología y la *Escala de Dolor de Caras-Revisada* (*FPS-R*) usadas para identificar la magnitud del dolor en un entorno clínico y de investigación ⁽⁶⁰⁾.

En etapas avanzadas de la EPOC es crucial señalar que los pacientes tienen dificultades para consumir suficientes calorías por falta de apetito y aumento de dificultad respiratoria al intentar comer. Además, es común experimentar una disminución en la percepción del sabor y enfrentar problemas para masticar o tragar los alimentos. Dado el alto número de casos de

bajo peso, es esencial monitorear regularmente el peso corporal de los pacientes utilizando el índice de masa corporal. En pacientes que presenten discapacidad o encamados el IMC se lo medirá con la siguiente fórmula, circunferencia braquial (cm) \times 30 /32. En los resultados \geq 28 se deben sumar 2 puntos, en $<$ 20Kg/m² normal y $>$ 30Kg/ m² obesidad ⁽⁶¹⁾.

Sin embargo, la decisión de alimentar o no a las personas al final de la vida es un asunto delicado que requiere una comunicación detallada entre el paciente, la familia, los cuidadores y el equipo médico involucrado en su atención. Cuando la alimentación ya no beneficia la enfermedad o la calidad de vida, se considera innecesario insistir en que los pacientes terminales ingieran alimentos, por lo que el personal de enfermería tiene que resolver este dilema ético ⁽⁶²⁾.

Para abordar el insomnio en los pacientes, se debe restringir el tiempo que pasan en la cama estableciendo horarios regulares de sueño y controlar los estímulos antes de dormir. Además, se puede enseñar a los pacientes técnicas de relajación, de igual manera realizar baños de agua caliente antes de irse a dormir ocasiona un efecto relajante ⁽⁶³⁾.

Con respecto a las manifestaciones psicológicas en los pacientes que se encuentran en etapas avanzadas de la EPOC a menudo experimentan problemas psicológicos como depresión y ansiedad. Aquellos que enfrentan estos desafíos necesitan apoyo y acompañamiento. Por lo tanto, contar con el respaldo de la familia, tener una pareja solidaria y recibir una atención médica de calidad son elementos que pueden reducir el impacto de estos factores estresantes ⁽⁶⁴⁾. Es esencial que el personal de enfermería proporcione información clara y comprensible, así como también responda a las emociones del paciente con empatía, brindándole apoyo y seguridad. Esto facilitará que el paciente pueda expresar libremente sentimientos y pensamientos ⁽⁶⁴⁾.

Es por esto que, la evaluación y el seguimiento inicial son esenciales para prevenir la depresión y la ansiedad en pacientes con EPOC. Es importante permitir que los pacientes expresen miedos y preocupaciones sobre la enfermedad y sus complicaciones, incluyendo la muerte. Proporcionar apoyo con esperanzas realistas, sin ofrecer expectativas irreales, es fundamental. También es crucial evaluar el duelo en los pacientes y familias, implementando una comunicación asertiva para dar malas noticias ⁽⁶⁵⁾.

Se deben realizar evaluaciones regulares utilizando herramientas estandarizadas, como el *Inventario de Depresión de Beck* o la *Escala de Ansiedad de Hamilton*, para medir los niveles de depresión y ansiedad en los pacientes. De igual manera, es importante evaluar periódicamente el nivel de estrés y la carga emocional de los cuidadores utilizando escalas específicas, como la *Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit* ⁽⁶⁵⁾.

Además de ofrecer información y capacitación sobre el manejo de la EPOC, junto con estrategias para enfrentar situaciones difíciles, es esencial tanto para los pacientes como para los cuidadores. Facilitar la participación en grupos de apoyo para cuidadores, donde puedan

compartir experiencias y recibir apoyo emocional, contribuyendo significativamente a el bienestar⁽⁶⁵⁾.

En cuanto a los aspectos sociales que presentan los pacientes con EPOC avanzada son la sensación de aislamiento y la exclusión. Para disminuir estos factores, es necesario ofrecer apoyo en el hogar a través de servicios de atención domiciliaria o visitas de enfermería, lo que ayuda a mantenerse conectados y respaldados en el entorno familiar, además de promover la participación de los pacientes si estuvieran en la posibilidad de realizar actividades sociales para reducir el aislamiento y la exclusión en la comunidad⁽⁶⁶⁾.

Existe una dificultad para distinguir entre espiritualidad y religión, ya que, aunque ambos términos están relacionados y presentan conceptos diferentes, la espiritualidad se refiere a la conexión con el yo interno o la búsqueda del significado de la vida; impulsa la acción humana basada en valores, creencias y una inquietud interior, lo que permite la creación de un propósito para vivir. Esta dimensión facilita al paciente la reconciliación consigo mismo y con los demás, incluyendo actos como la búsqueda del perdón y el camino hacia la paz interior. Aunque se reconoce la importancia de la espiritualidad, se percibe que no se aborda lo suficiente⁽⁶⁶⁾.

Por otra parte, la religión ayuda a las personas a experimentar su espiritualidad, basada en visión de la existencia y creencia en Dios. Esto se traduce en una ética particular, formas de adoración y organización social, lo que contribuye a que el individuo encuentre un propósito en su vida⁽⁶⁶⁾. Para muchos pacientes, la religión es una parte importante de la vida, las prácticas como la oración son frecuentes para quienes no son particularmente religiosos. Existen vínculos significativos entre la religión y el bienestar, incluyendo un mejor ajuste psicológico, manejo de síntomas, disminución del dolor, la ansiedad, la hostilidad y el aislamiento social de los pacientes⁽⁶⁷⁾.

En las ramas éticas, está la bioética, que se define como el estudio de la conducta de los profesionales de salud en relación con el respeto por la vida, analizando los valores y principios morales. Es importante que se brinde una respuesta adecuada en cada caso clínico, aportando opiniones, sugerencias y contribuciones respaldadas por evidencia científica. Esto se fundamenta en los principios de la bioética, como la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia, así como en el respeto a los derechos humanos⁽⁶⁸⁾.

Por ende, el personal de salud debe incorporar los Principios Generales de Ética y Bioética, incluyendo la preservación de la confidencialidad, veracidad y fidelidad, además deben respetar las creencias religiosas del paciente. Para brindar un cuidado efectivo en CP, hay que adoptar una perspectiva basada en principios éticos y en relaciones interpersonales sólidas con el paciente y su familia, también con el equipo interdisciplinario de salud con el fin de desarrollar hábitos intelectuales y virtudes morales para abordar adecuadamente los desafíos del cuidado⁽⁶⁸⁾.

Además, el paciente con EPOC en fase avanzada, el cuidador y familia tienen derecho a ser atendidos por un equipo capaz de apoyar emocionalmente, garantizando un ambiente de confianza en los momentos críticos. También tienen derecho a que se respeten las decisiones personales, a recibir tratamiento terapéutico para aliviar el sufrimiento, a expresar sus pensamientos y emociones sobre la aproximación hasta la muerte. Es importante que el personal de enfermería acompañe al paciente y a los seres queridos en los dilemas éticos que pudieran presentarse ⁽⁶⁸⁾.

La enfermería ante los dilemas éticos en el ejercicio de sus funciones podrá brindar una respuesta adecuada en cada caso clínico dando opiniones, sugerencias y aportes con sustento científico, basadas en los principios de la bioética como la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia y en consideración de los derechos humanos ⁽⁶⁹⁾.

De igual forma, los dilemas éticos y la toma de decisiones representan momentos en los que las personas se enfrentan a situaciones conflictivas, generando interrogantes que exigen una profunda reflexión y argumentos basados en la ética y la moral. Los dilemas o conflictos que enfrentan los profesionales de enfermería en el ejercicio de la profesión pueden generar tensiones y confusiones en el equipo de salud y en la interacción con el paciente, cuidador y familia, lo que requiere un enfoque sistemático para abordar los problemas de la práctica enfermera ⁽⁶⁹⁾.

Por lo tanto, los profesionales de enfermería se enfrentan a una variedad de situaciones conflictivas y dilemas éticos que van desde el respeto a los derechos del paciente hasta cuestiones como la sedación paliativa, voluntades anticipadas, confidencialidad, toma de decisiones que protejan la salud, la autonomía, entre otros ⁽⁶⁹⁾.

La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de consciencia del paciente con enfermedad avanzada y terminal mediante la administración de fármacos y su objetivo es reducir el sufrimiento intolerable que ocasionan los síntomas refractarios. En otras palabras, la sedación se emplea cuando los tratamientos previos han sido ineficaces de controlar causando malestar al enfermo. Cuando se inicia la sedación paliativa, el estado de salud se deteriora progresivamente hasta acompañarlo a la muerte, esto puede ocurrir en un lapso de horas a días ⁽⁷⁰⁾.

Por este motivo, la sedación paliativa es continua e irreversible, según el artículo "Atención y aspectos terapéuticos de la EPOC al final de la vida " se usan 4 grupos farmacológicos como las benzodiazepinas (midazolam, diazepam, clometiazol); neurolepticos (levomepromazina, haloperidol, clorpromazina); barbitúricos (fenobarbital) y anestésicos como el Propofol. El personal de enfermería es quien administra y es responsable de la terapia, siendo el fármaco de primera elección el midazolam, en caso de existir fallo se sugiere el uso de neurolepticos y si no se obtiene el efecto terapéutico se optará por aplicar fenobarbital o Propofol ^(71,72).

De igual manera, enfermería es el principal encargado de valorar continuamente el grado de sedación con la aplicación de la *escala de Ramsay*⁽⁷³⁾. Este instrumento se emplea especialmente en unidades de cuidados intensivos y durante procedimientos que requieren sedación, esta escala desarrollada por Michael Ramsay consta de 6 niveles de sedación que va desde *No sedado (I)* hasta *Sedación máxima (VI)*, siendo inversamente proporcional al nivel de conciencia del paciente⁽⁷³⁾.

Otros de los dilemas éticos a los que se enfrenta el personal de enfermería son las voluntades anticipadas, ya que son documentos escritos en los que una persona manifiesta su voluntad de oponerse a la aplicación de tratamientos ineficaces que prolonguen su vida cuando no pueda decidir. Estos se dan de forma competente, voluntaria, consciente y siendo mayor de edad, siendo respetados durante el curso de la enfermedad⁽⁷⁴⁾, el propósito principal es asegurar que cuando el paciente ya no pueda participar en la toma de decisiones, los cuidados paliativos se ajusten a las preferencias que expresó previamente, para garantizar la autonomía⁽⁷⁵⁾.

El “*Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona*” deduce que la enfermera desempeñará un rol activo en la promoción de las voluntades anticipadas. Esto implica brindar apoyo a las personas en la toma de decisiones sobre tratamientos futuros y cuidados, especialmente aquellos relacionados con el mantenimiento artificial de la vida, tanto en su práctica diaria como en circunstancias especiales. Además, en la función de defensora, enfermería colaborará en la redacción de documentos de voluntades anticipadas y se esforzará al máximo por respetar y asegurar las preferencias individuales⁽⁷⁶⁾.

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA

En esta investigación se desarrolló una revisión bibliográfica de tipo descriptiva para determinar la importancia de los cuidados paliativos de enfermería en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en fase avanzada para lo cual fue importante identificar las principales manifestaciones funcionales, psicológicas, sociales, los aspectos éticos así como las intervenciones de enfermería para el cuidado de los pacientes con EPOC en fase avanzada y determinar los beneficios de la atención de los cuidados paliativos a domicilio del paciente.

Se utilizó el método teórico conjuntamente con el deductivo, en el que se recolectaron artículos científicos con la ayuda del metabuscador Google Académico y en las bases de datos: Elsevier, Redalyc, Dialnet, SciELO, Medigraphic, repositorios universitarios, revistas médicas, artículos científicos originales, libros, guías, protocolos, manuales y páginas web oficiales de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud Pública, para posteriormente clasificar la información mediante una lectura y análisis crítico de la información investigada.

Como método de búsqueda avanzada se utilizaron los operadores booleanos “AND”, “Y”, “OR”, “O”, “NOT”, “NO” con las palabras claves en idioma español: cuidados paliativos, EPOC, Enfermería, manifestaciones, intervenciones, atención a domicilio, beneficios y aspectos éticos.

Los criterios de inclusión fueron estudios clínicos publicados dentro de los años 2018 - 2024, en idioma español, se incluyeron artículos científicos con formato de texto completos, disponibles en PDF, sin costo, de acceso libre, fácilmente descargables y que en su contenido posean datos estadísticos, epidemiológicos e información relacionada con el tema y objetivos de estudio.

Los criterios de exclusión establecieron documentos con información de estudios de más de cinco años de publicación, duplicados, incompletos o mal documentados, sin autoría, revisiones bibliográficas, revistas que no pertenezcan al ámbito de la salud, artículos científicos con información de texto incompleto y no acorde al tema de estudio.

La investigación se realizó en dos fases: en la primera se usaron el metabuscador y las principales bases de datos a nivel mundial, se encontraron 260 publicaciones que fueron leídas según los criterios de inclusión y exclusión. En la segunda fase se realizó un nuevo filtro con palabras claves y los operadores booleanos y después de una lectura y análisis crítico se obtuvo una muestra de 131 documentos.

La muestra está conformada por las siguientes publicaciones: 36 SciELO, 10 Dialnet, 10 Elsevier, 3 Redalyc, 1 Medigraphic, 18 revistas médicas, 7 repositorios universitarios, 24

artículos científicos originales, 3 libros, 5 guías, 3 protocolos, 1 manual de salud y 10 páginas web. De la muestra se emplearon 20 para la elaboración de la introducción, planteamiento del problema y justificación, 56 para el marco teórico y 55 para la triangulación de la información (Anexo 1: Figura 3).

Para el desarrollo de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones de la presente revisión bibliográfica se elaboraron diversas tablas de triangulación para responder a los objetivos planteados, Anexo2: (Tabla 2) Manifestaciones funcionales, (Tabla 3) Manifestaciones psicológicas, (Tabla 4) Manifestaciones sociales, (Tabla 5) Manifestaciones éticas, todas estas tablas contenían autores, año de publicación, tipo de estudio, categoría de estudio, criterio de autores, cuidados de enfermería a domicilio en pacientes con EPOC. En el Anexo 2: (Tabla 6) Cuidados de enfermería para el cuidador del paciente con EPOC en fase avanzada a domicilio, en esta se abarca autores, año, tipo de estudio, criterio de autores y cuidados de enfermería para el cuidador. En el Anexo 3: (Tabla 7) Beneficios de la atención de enfermería a domicilio del paciente en cuidados paliativos que incluye autores, año, tipo de estudio criterio de autores y beneficios de los cuidados paliativos a domicilio en atención primaria.

Para la composición del informe final se tomaron en cuenta las directrices implementadas por la Universidad Nacional de Chimborazo, y para citar la bibliografía se usaron las normas Vancouver, referencia mundial para presentar artículos científicos biomédicos. Durante la investigación no hubo conflictos de intereses ni consideraciones éticas, ya que las fuentes bibliográficas se citaron en su totalidad en este documento.

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con los estudios científicos investigados resulta relevante determinar la importancia de los cuidados paliativos de enfermería en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en fase avanzada, por tal motivo se identificaron las principales manifestaciones funcionales, psicológicas, sociales, los aspectos éticos y las intervenciones de enfermería para el cuidado de los pacientes con EPOC en fase avanzada, determinando los beneficios de la atención a domicilio del paciente en cuidados paliativos.

El autor Gonzáles M., señala que los cuidados paliativos cubren las necesidades biopsicosociales del enfermo terminal, incluyendo la atención al conjunto familiar. El aumento de enfermedades sin proceso curativo convierte a los CP en un problema de Salud Pública, visto que pueden aplicarse desde el primer nivel asistencial, y el personal de enfermería de Atención Primaria debe brindar estos cuidados⁽⁷⁷⁾.

Por esta razón, para Dávila García L., la EPOC es una patología progresiva e irreversible de limitación del flujo aéreo, que se encuentra hoy en día infradiagnosticada e infratratada en un gran número de individuos que conlleva a una importante causa de morbimortalidad a nivel mundial y una carga socioeconómica considerable. Es una de las enfermedades que requieren CP en cualquier nivel asistencial, principalmente en la fase avanzada, grave e irreversible de la patología⁽¹⁸⁾. Adicionalmente el autor López J., et al señala que la EPOC es un problema médico crónico, con periodos de remisiones parciales y otros de exacerbaciones, que se caracteriza por reducción en el flujo de aire y aumento en la respuesta inflamatoria; estos cambios se manifiestan principalmente con disnea, tos y expectoración⁽⁵⁷⁾.

De acuerdo con la guía GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) clasifica a la gravedad de la obstrucción del flujo aéreo de la EPOC en 4 estadios: El estadio 4 es el más común en pacientes con EPOC en fase avanzada, durante este período los pacientes enfrentan una serie de desafíos funcionales, psicológicos, sociales y éticos. La relevancia de los síntomas es determinante en la percepción del paciente sobre la gravedad de la enfermedad y, por lo tanto, influyen significativamente en la calidad de vida⁽³⁵⁾.

Según los estudios investigados, se demostró que las principales manifestaciones funcionales de la EPOC en fase avanzada es el dolor, siendo este el principal síntoma en pacientes paliativos. Por su parte, De Miguel J., en el estudio "*Atención y Aspectos Terapéuticos de la EPOC*" menciona que el dolor es el síntoma más frecuente en pacientes con esta patología y puede deberse a los efectos sistémicos de la enfermedad (osteoporosis, relacionada con el uso de corticoides), a las comorbilidades preexistentes (arteritis) y a los dolores musculares causados por la fatiga muscular, diafragmática y subcostal⁽⁷⁸⁾.

Mientras que, para Fernández M., la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se manifiesta principalmente por una disnea progresiva, y puede acompañarse de tos y expectoración y entre otros de los síntomas se encuentra el dolor, que causa incomodidad al paciente y tiene un efecto negativo en la calidad de vida ⁽⁷⁹⁾. Para Estupiñán y Soledispa el dolor tiene un impacto negativo en los pacientes y cuidadores, causando depresión, ansiedad, limitación funcional y deterioro en la calidad de vida ⁽⁸⁰⁾.

Es por ello que, Solano M. y Villalobos G. en el artículo "*Principios básicos del abordaje del dolor*" exponen que los principales cuidados paliativos de enfermería son: aplicar la *escala analgésica de la OMS*, en el primer escalón para el dolor leve se recomienda los antiinflamatorios no esteroideos (Aines), Paracetamol y Metamizol en el segundo escalón para el dolor moderado: Opioides débiles, en el tercer escalón para el dolor intenso: los opiáceos potentes y en el cuarto escalón para el dolor insoportable se administra opioides de uso espinal como la morfina (fármaco de referencia), fentanilo, sufentanilo, metadona o petidina ⁽⁸¹⁾.

Mientras que para Peñaloza R. et al, en el artículo "*Conocimientos de Enfermería: manejo del dolor*" mencionan que para tratar el dolor se debe controlar los signos vitales, valorar las características como duración, según su patogenia, localización, tipo, cualidad, frecuencia, intensidad y según la farmacología, brindando confort al paciente ⁽⁸²⁾. Por otra parte Vicente M. et al, en el artículo "*Valoración del dolor: Revisión comparativa de escalas y cuestionarios*" refiere que se debe aplicar las escalas de valoración analógico como son: *Escala Visual Analógica (EVA)*, *Escala Verbal Numérica (EVN)*, *Escala Verbal Simple (EVS)* y *Escala de Expresiones Faciales (EFF)* ⁽⁸³⁾. Por su parte, el autor Rivas E. et al, en la investigación "*Escalas de valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistémica*" señalan que a los pacientes que se encuentran sedados se les aplicará la *Escala BPS (Behavioral Pain Scale)* ⁽⁸⁴⁾.

Así mismo, Cabo de Villa E. et al, mencionan que es importante informar al paciente y sus familiares acerca del tratamiento analgésico y sus probables efectos secundarios, administrar bajo prescripción médica paracetamol, metamizol, derivados del ácido propiónico: naproxeno, ibuprofeno y ketoprofeno, derivados del ácido acético: indometacina, ketorolaco y diclofenaco, opioides débiles: codeína, dihidrocodeína, tramadol y morfina ⁽⁸⁵⁾. Por otro lado, Prieto C. et al, manifiestan que para mitigar el dolor durante la sedación paliativa el fármaco de elección es la Morfina y puede ser administrado de manera intermitente, intravenosa o en una infusión continua ⁽⁸⁶⁾.

Sin embargo, Ruiz M. et al, mencionan que existen técnicas no farmacológicas que pueden ser aplicadas por el personal de enfermería, como son: el escuchar las quejas, estar atentos a señales del dolor para su temprana atención, mantener conversaciones para distraer la atención del dolor ⁽⁸⁷⁾ y aplicar el tacto terapéutico ⁽⁸⁸⁾. Otras de las intervenciones sugeridas son los masajes superficiales, técnicas de respiración, prácticas espirituales, disminución de la luz del ambiente en el que se encuentra el paciente, realizar cambios de

posición, aplicar calor y frío en las zonas álgicas y la musicoterapia que ayuda a disminuir el dolor crónico, la angustia emocional y la ingesta de opioides y no opioides⁽⁸⁷⁾.

Por lo tanto, el control del dolor en cuidados paliativos es primordial ya que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo el sufrimiento físico, emocional y de otros síntomas asociados. Los autores sugieren aplicar diferentes escalas de valoración que ayudan al enfermero a medir el dolor que el paciente refiere, lo que permite brindar una atención adecuada y holística sobre todo en el entorno domiciliario que conlleva a una reducción de hospitalizaciones innecesarias.

Por otro lado, los autores Estupiñán y Soledispa en el estudio “*Cuidados Paliativos en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*” señalan que, en etapas avanzadas de la EPOC, la disnea es un síntoma progresivo persistente, que tiene un impacto negativo en el paciente y cuidadores. La disnea provoca, aislamiento social, dificultades para realizar actividades de la vida diaria y deterioro de la calidad de vida. Este síntoma se puede volver refractario, por lo que aconsejan aplicar para la valoración la escala mMRC (*Medical Research Council dyspnea scale*)⁽⁸⁰⁾.

Los autores Costa X. et al, manifiestan que la disnea es un síntoma grave, preocupante, y presente desde las etapas iniciales de la enfermedad y que se agrava a medida que esta avanza. Los relatos de los pacientes hablan de un síntoma mantenido, insoportable en ocasiones, con un efecto limitante que conduce a la dependencia, el aislamiento social y es origen de sufrimiento y desequilibrio emocional. Los pacientes suelen restringir las actividades por miedo a la aparición de la disnea que es un síntoma de difícil control, sin un tratamiento efectivo, solo paliado por la oxigenoterapia y la administración de fármacos cada vez menos eficaces⁽⁴⁹⁾.

Mientras que Cabal. et al, y Borsini. et al, concuerdan que en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica existe síntomas que suelen presentarse asociados (denominados clúster), señalando a los binomios disnea y tos, fatiga y expectoración como el clúster de síntomas físicos; la depresión y la ansiedad constituyen el clúster de síntomas psicológicos, y el impacto en la calidad de vida y la percepción de aislamiento o exclusión social^(51,89).

Es por ello que Sobradillo P. et al, mencionan que los principales cuidados paliativos de enfermería para la disnea son suministrar furosemida nebulizada en emergencia bajo prescripción médica, además se debe administrar morfina, proporcionar apoyo emocional y psicológico para ayudar al paciente y a la familia a manejar el estrés y la ansiedad que pueden agravar la disnea⁽⁹⁰⁾. Así mismo, Molina J. et al, señalan que se debe administrar oxigenoterapia continua domiciliaria asegurando el confort del paciente y controlando las manifestaciones por toxicidad de oxigenoterapia⁽⁹¹⁾. Sin embargo, Lamelo F. et al, indican que se debe administrar midazolam por vía subcutánea para aliviar la disnea sin ocasionar la pérdida de la conciencia⁽⁹²⁾.

Montón G. et al, mencionan que los cuidados no farmacológicos de enfermería para la disnea son: enseñar técnicas de respiración controlada para ayudar al paciente a manejar episodios de disnea, mantener un ambiente tranquilo, bien ventilado y fresco, además se debe colocar al paciente en posición Fowler o Semifowler para mejorar la ventilación, realizar ejercicios de tapotaje para desprender las secreciones y mejorar la disnea en reposo, también es importante educar al paciente y a su familia a reconocer las manifestaciones físicas de la disnea⁽⁹³⁾. Por otra parte, el autor Castro C., señala que cuando la disnea es refractaria se inicia con la sedación paliativa, el medicamento de primera elección es el midazolam por vía subcutánea⁽⁹⁴⁾.

Por lo tanto, el control de la disnea en pacientes con EPOC en fase avanzada es crucial, ya que este síntoma genera ansiedad, miedo y dificultades para dormir debido a la sensación de asfixia es importante que el enfermero realice intervenciones adecuadas con el fin de reducir el malestar y el impacto psicológico del paciente y la familia, evitando que los pacientes sean sometidos a intervenciones invasivas.

Delgado N. et al, conceptualiza a la tos como un síntoma común y potencialmente devastador en la EPOC en fase avanzada debido a que reduce y priva las horas de descanso y sueño, además puede incrementar la sensación de angustia en los pacientes y sus familiares. La expectoración en la EPOC se da en dos circunstancias: por un lado, la destrucción de los cilios provocada por uno de los factores de riesgo como el tabaco, dificultando el transporte del moco. Debido al aumento de las glándulas caliciformes y submucosas del árbol bronquial la producción de moco se ve aumentada en estos pacientes⁽¹⁹⁾.

Por su parte el autor Borsini. et al, señalan que la tos es un mecanismo complejo y reflejo que se activa para facilitar el intercambio pulmonar de gases, cuando se manifiesta es constante y progresivamente con los años se agrava. La tos aumenta por la mañana y suele ser productiva, en la EPOC es un síntoma prevalente que puede convertirse en la mayor causa de discomfort⁽⁸⁹⁾.

Michanla R. et al, en el artículo "*Prevalencia, tratamientos y cuidados de enfermería en la neumonía adquirida en adultos mayores. Revisión sistemática*" mencionan que los principales cuidados paliativos de enfermería son: administrar bajo prescripción médica codeína, gabapentina o pregabalina, antitusígenos no narcóticos como el dextrometorfano, en caso de tos no productiva los opiáceos son de primera elección (codeína y morfina) y en caso de presentar tos asociada a dolor sugieren realizar nebulizaciones con broncodilatadores según indicación para mantener la permeabilidad de las vías aéreas, liquidificar las secreciones y permitir mejor intercambio de gases⁽⁹⁵⁾.

De igual manera los autores anteriormente mencionados sugieren intervenciones no farmacológicas como: determinar las características (seca, productiva), severidad y frecuencia de los episodios de la tos. En caso de dolor sugieren aplicar la *escala de Servera* o el cuestionario de evaluación de tos y esputo *Cough And Sputum Assessment Questionnaire* (CASA-Q), identificar las características de la expectoración (color verde, amarilla, con

sangre >30 ml al día), vigilar la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y otros signos vitales para evaluar el estado respiratorio del paciente e identificar si la tos está asociada con dolor torácico o de garganta ⁽⁹⁵⁾.

Por otro lado, Minchala R. et al, indican la importancia de la ingesta de líquidos para ayudar a mantener las secreciones respiratorias menos viscosas y más fáciles de expectorar, utilizar técnicas de drenaje postural para facilitar la movilización de secreciones realizando fisioterapia respiratoria como la percusión y vibración (tapotaje). Si el paciente no puede expectorar adecuadamente, puede ser necesario la aspiración de secreciones, sin dejar de lado el apoyo emocional al paciente para manejar la ansiedad y el estrés asociados con la tos crónica y la dificultad respiratoria ⁽⁹⁵⁾.

En pacientes con EPOC en fase avanzada, la acumulación de mucosidad obstruye los pulmones, por lo que es esencial manejar la tos y la expectoración en quienes requieren CP. Este síntoma persistente afecta en la capacidad de comunicación, genera ansiedad y estrés en el paciente, cuidadores y familia. La principal intervención de enfermería no farmacológica será determinar las características, la severidad y frecuencia de los episodios de la tos por lo que al controlar este síntoma contribuirá a la tranquilidad del paciente quien sentirá alivio al reducir la sensación de ahogo.

Por lo tanto, Jarrin. et al, refieren que la fatiga en los pacientes con EPOC se da por la imposibilidad del organismo de obtener el oxígeno necesario debido a la baja capacidad funcional pulmonar para respirar, por lo que los autores sugieren utilizar la *Escala de esfuerzo de Borges*, que sirve para medir el grado de fatiga de un paciente, con valores que van desde 1 (Reposo Total) hasta 10 (Esfuerzo máximo) ⁽⁵²⁾. Por su parte De Miguel J. et al, defienden la idea que la fatiga es un profundo sentimiento de cansancio físico y psicológico que no se alivia con el sueño o el descanso, siendo este síntoma predominante entre un 40%-80% en la EPOC en fase avanzada ⁽⁷¹⁾.

El autor Heyden F. et al, mencionan que los principales cuidados paliativos de enfermería para la fatiga son evaluar y manejar eficazmente el dolor del paciente, ya que si no es controlado puede aumentar la sensación de fatiga, además se debe informar al paciente y a su familia sobre la naturaleza de la fatiga en la fase avanzada de la enfermedad y las estrategias para manejarla, también sugieren utilizar terapias complementarias como la oxigenoterapia ⁽⁹⁶⁾. Por su parte, Betancourt J. et al, señalan que se debe realizar evaluaciones periódicas del nivel de fatiga del paciente mediante la *Escala Borges* y ajustar las intervenciones de acuerdo con los resultados de la escala ⁽⁹⁷⁾.

Por esta razón, la fatiga es uno de los síntomas más comunes y debilitantes en pacientes con EPOC en etapa avanzada, lo que genera sentimientos de frustración, depresión y ansiedad. Las intervenciones de enfermería enfocadas en controlar este síntoma permiten al paciente preservar la energía y mantener las capacidades residuales, lo que repercute positivamente en la calidad de vida.

Según el autor Borrazás M. et al, en el estudio “*Condición nutricional y enfermedad pulmonar obstructiva crónica*” realizado en el centro de investigaciones Médicas Quirúrgicas (CIMEQ) en Cuba, señalan que la anorexia es un trastorno neurótico en el que la persona rechaza cualquier alimento, debido a que existe una percepción distorsionada de un peso real u otras comorbilidades psicológicas causadas por enfermedades de base como la EPOC⁽⁹⁸⁾.

En cambio, Bejarano M. et al, mencionan que la malnutrición tiene efectos adversos sobre la estructura, elasticidad y función pulmonar, sobre la masa muscular, fuerza y resistencias respiratorias, sobre los mecanismos defensivos inmunitarios del pulmón y sobre el control de la respiración. La anorexia empeora la calidad de vida, la tolerancia al ejercicio, la evolución de la enfermedad y el pronóstico⁽⁹⁹⁾. Mientras que el autor Fabrellas N. et al, declara que la anorexia y la pérdida de peso puede suceder en fases avanzadas de la enfermedad y es un marcador de mal pronóstico, siendo frecuentes los síntomas psiquiátricos y la hipersomnia diurna como expresión de hipercapnia o como consecuencia de los trastornos respiratorios durante el sueño⁽¹⁰⁰⁾.

Por ende, Borrazás M. et al, mencionan que los principales cuidados paliativos de enfermería para la anorexia es realizar evaluaciones nutricionales frecuentes para monitorear el estado nutricional del paciente, incluyendo el índice de masa corporal (IMC), la pérdida de peso y la ingesta alimentaria⁽⁹⁸⁾. Así mismo, Fabrellas N. et al, refieren que se debe manejar adecuadamente el dolor, ya que si no es controlado puede reducir el apetito y dificultar la alimentación, además señala que se debe realizar un seguimiento continuo del estado nutricional del paciente y ajustar las intervenciones según sea necesario para asegurar que se mantengan o mejoren los niveles nutricionales⁽¹⁰⁰⁾.

Martínez R. et al, señala que la anorexia causa una reducción considerable de grasa subcutánea, disminuyendo el acolchamiento natural de la piel y elevando el riesgo de úlceras por presión y lesiones⁽¹⁰¹⁾, por este motivo la Nursing Interventions Classification (NIC) recomienda vigilar el color, temperatura, humedad y el aspecto de la piel circundante, también se debe evaluar la turgencia y movilidad cutánea, además de realizar cambios de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada y enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda⁽¹⁰²⁾.

La anorexia o disminución del apetito, conlleva una reducción significativa en la ingesta calórica, lo que puede derivar en pérdida de peso y disminución de la masa muscular. En pacientes con EPOC en fase avanzada, esta reducción muscular compromete gravemente la función respiratoria, debilitando músculos clave como el diafragma, además el estado emocional se ve afectado negativamente, incrementando la sensación de malestar y agotamiento. El manejo adecuado de la anorexia es fundamental para preservar la funcionalidad del sistema inmunológico, ya que las infecciones respiratorias representan un riesgo frecuente y severo en esta población.

Por otro lado, De Miguel J. et al, en su investigación realizada en el “*Hospital Universitario Gregorio Marañón*”, determinaron que los pacientes con EPOC tienen calidad de sueño inferior que otros enfermos, esto se debe en gran parte a la fatiga que presentan y en ocasiones, a la asociación con un síndrome de apneas e hipoapneas (SAH) durante el sueño o la presencia de desaturaciones nocturnas, provocando ansiedad y depresión por el deterioro del estado de salud y la consiguiente proximidad con la muerte. Las comorbilidades también tienen efecto negativo sobre la nocturnidad de estos pacientes⁽⁷¹⁾.

Mientras que el autor D’Hyver., en el estudio “*EPOC: El impacto en la calidad del sueño*” menciona que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una condición que está creciendo a nivel mundial, particularmente entre los fumadores. Estos pacientes suelen tener una mala calidad de sueño, se calcula que al menos el 40% de las personas con EPOC experimentan este trastorno, siendo el insomnio y la apnea del sueño los más comunes, esto se debe a que enfrentan constantes despertares nocturnos y problemas respiratorios⁽¹⁰³⁾.

García E. et al, en el artículo “*Usos potenciales de la mirtazapina en cuidados paliativos.....*” mencionan que los principales CP de enfermería son: administrar mirtazapina ya que es útil en pacientes con depresión o ansiedad y en aquellos que presentan problemas de insomnio esto es gracias a su efecto sedante, recalcan también que se debe utilizar antidepresivos antagonistas del receptor de la melatonina y, en casos puntuales benzodiacepinas ya que el uso prolongado de este medicamento se asocia a problemas a largo plazo como dependencia física y otros trastornos psiquiátricos, es por ello que la mirtazapina se considera un fármaco de primera línea para el tratamiento del insomnio⁽¹⁰⁴⁾.

Por otro lado, Contreras N. et al, en la investigación “*Insomnio en el paciente oncológico*” señala que el tratamiento no farmacológico para ayudar al paciente a mantener periodos de sueño prolongado es evitar el ruido y modular la intensidad de la luz, en especial durante la noche. Entre otras intervenciones también están mantener el confort del paciente e implementar medidas anti-escaras, eliminar alarmas de las máquinas conectadas, reducir la ingesta de líquidos durante la noche o estimulantes de cafeína, limitar las visitas en la habitación, evitar despertar al paciente innecesariamente luego de conciliar el sueño, preservar la oscuridad durante la noche, acostarse y despertarse a la misma hora todos los días⁽¹⁰⁵⁾.

El manejo inadecuado de los trastornos del sueño, como la apnea del sueño o la hipoxemia nocturna, puede agravar la insuficiencia respiratoria, resultando en episodios de desaturación de oxígeno. La privación del sueño también intensifica otros síntomas como el dolor, la disnea y la ansiedad. Por lo tanto, garantizar un descanso adecuado contribuye a una mayor estabilidad emocional, facilitando la adaptación del paciente a la enfermedad. Esto es particularmente relevante en el contexto de los cuidados paliativos, donde el control de los síntomas y el confort del paciente son prioridades esenciales.

Dentro de las principales manifestaciones psicológicas que mencionan los autores Campo A. et al, se encuentra la ansiedad y depresión, es por ello que en su estudio “*Ansiedad*

y depresión en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica” señalan que estos síntomas suelen ser altos y predominantes con un 15.2% y 19.1% en pacientes con patologías crónicas como la EPOC que en la población en general, por lo que la calidad de vida de los pacientes se deteriora aún más, destacándose en el sexo femenino⁽¹⁰⁶⁾.

Por su parte De Miguel J. et al, y Castro V. et al, coinciden que la ansiedad en la EPOC se manifiesta en altos índices y se considera como una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginaria. La ansiedad y la depresión reducen la calidad de vida del paciente que padece EPOC, provocando mayor deterioro funcional y alta mortalidad, sobre todo en el caso de la depresión^(71,107).

Oliveira J. et al, mencionan que los principales cuidados paliativos de enfermería para la ansiedad y depresión es administrar Diazepam y Lorazepam intravenoso de 2 a 3 veces al día según prescripción médica⁽¹⁰⁸⁾. Por otra parte, Gonzáles A. et al, sugieren realizar una evaluación integral del estado emocional y mental del paciente, utilizando herramientas estandarizadas como el *Inventario de Depresión de Beck* y la *Escala de Ansiedad de Hamilton*⁽¹⁰⁹⁾.

Además, Uosa B. et al, refieren que se debe aplicar el tacto terapéutico⁽⁸⁸⁾, proporcionar un ambiente seguro y de apoyo donde el paciente se sienta cómodo de expresar sus miedos, preocupaciones y sentimientos acerca de su enfermedad y su pronóstico, también hay que educar al paciente y a su familia sobre la relación entre la enfermedad pulmonar crónica, la ansiedad y la depresión, y cómo estos factores pueden influenciarse mutuamente, de igual manera es necesario considerar el uso de terapias complementarias como la aromaterapia, la musicoterapia o la terapia ocupacional para mejorar el bienestar emocional⁽¹¹⁰⁾.

Así mismo, la Nursing Interventions Classification (NIC) recomienda que el enfermero o la familia deben permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo, además se debe crear un ambiente que facilite la confianza, tratando de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante, también es importante determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente e instruirle sobre el uso de técnicas de relajación y observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad (fruncir el ceño, morderse los labios, evitar el contacto visual, etc.)⁽¹⁰²⁾.

El manejo de la ansiedad y la depresión en pacientes con EPOC bajo cuidados paliativos se considera fundamental para mejorar la calidad de vida, disminuir la percepción de los síntomas físicos, potenciar la adherencia al tratamiento y ofrecer un enfoque de atención integral que abarque tanto el bienestar físico como el emocional. Las intervenciones del personal de enfermería, como el uso del tacto terapéutico, la creación de un entorno seguro y de apoyo, son esenciales para asegurar un acompañamiento más humano y compasivo en la fase avanzada de la enfermedad.

Dentro de las principales manifestaciones sociales que se investigaron se encuentran el aislamiento, exclusión, religión y espiritualidad. Por esta razón, Costa X. et al, señalan que la vida de los pacientes con EPOC transcurre constantemente entre la pérdida de la autonomía y la aceptación de la dependencia al cuidador, situación difícil de gestionar y resolver adecuadamente. Los cambios físicos, la disnea constante que dificulta el habla, la deambulación dificultosa o asistida y los dispositivos portátiles de administración de oxígeno, repercuten sobre la imagen social de los pacientes, todo esto acaba generando conductas de autoaislamiento ⁽⁴⁹⁾.

El autor Diéguez A., explica que el aislamiento social es otro problema significativo que enfrentan los pacientes con EPOC. Este aislamiento surge como consecuencia de las limitaciones funcionales y la disnea de esfuerzo, lo que afecta negativamente en el bienestar psicológico y social. Como resultado, los pacientes tienden a autoaislarse debido a su deteriorada salud y las restricciones respiratorias que experimentan ⁽³⁷⁾.

Del mismo modo, Achurry D. y Pinilla M. en el artículo "*La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida*" refieren que los principales cuidados paliativos de enfermería son: aplicar el tacto terapéutico ⁽⁸⁸⁾ abrazando o tocando apropiadamente al paciente para proporcionar apoyo, también es importante demostrar empatía, calidez y sinceridad. El educar sobre la aceptación de la enfermedad ayuda a controlar mejor las crisis de disnea disminuyendo así los síntomas depresivos, además el comunicarse con los pacientes evita de igual manera que se oculten necesidades emocionales y espirituales ⁽¹¹¹⁾.

Por otro lado, Espín M. et al, en el artículo "*Esquema de cuidados de enfermería ante posibles afecciones psicológicas en pacientes con enfermedad renal crónica*" mencionan que es necesario relacionar la enfermedad y el sufrimiento con aspectos positivos como el amor, la esperanza, la confianza y el perdón. Además, señalan que la ayuda de la familia beneficia más en el autocuidado, ya que brinda apoyo emocional al paciente ⁽¹¹²⁾.

El aislamiento social puede conducir a un deterioro tanto físico como cognitivo; por ello, la inclusión de familiares y amigos resulta esencial para facilitar la comunicación sobre las decisiones de tratamiento y las preferencias del paciente. Un entorno de apoyo permite a los pacientes expresar los deseos y necesidades, incrementando la sensación de seguridad y acompañamiento. En consecuencia, es crucial que el personal de enfermería implemente estrategias que fomenten la inclusión social, demostrando empatía y calidez hacia los pacientes con EPOC en fase avanzada en cuidados paliativos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y bienestar general.

Para los autores Gallardo R. et al, manifiestan que, en momentos de crisis, amenaza, enfermedades terminales, etc., la religión es uno de los principales recursos que en muchos de los pacientes es una parte importante de su vida. Existen vínculos significativos entre la religión y el bienestar, que contribuye a la esfera psicológica, el manejo de los síntomas, la

disminución del dolor, la ansiedad, la hostilidad y el aislamiento social de los pacientes y familiares⁽¹¹³⁾.

El autor antes mencionado en el estudio “*La religión como afrontamiento en pacientes*” indica que la religión es utilizada como una herramienta de afrontamiento positivo que incluye una serie de estrategias tales como: la búsqueda de apoyo espiritual a partir de la plegaria u oración, dando buenos resultados, como el crecimiento espiritual y personal para hacer frente al estrés, una mayor satisfacción con la vida, una mejor salud física/mental y la disminución de síntomas depresivos/ansiosos⁽¹¹³⁾.

Mientras que los autores Filipovich Vegas E. et al, señalan que la espiritualidad es la dimensión humana que guía al hombre en la reflexión de su propia existencia, para intentar descubrir el por qué y para qué vive, esta búsqueda de sentido es aún más frecuente en quienes sufren una enfermedad avanzada e incurable. El objetivo de ofrecer atención espiritual en los CP es combatir la sensación de aislamiento que puede acompañar a la enfermedad y ofrecer apoyo a los familiares y cuidadores para que encuentren consuelo y fortaleza durante los momentos de dolor⁽⁶⁵⁾.

El autor Fonseca. M., indica que los principales cuidados paliativos de enfermería para la religión y espiritualidad son: realizar una evaluación integral de las necesidades espirituales y religiosas del paciente utilizando herramientas como el *HOPE Questions* o el *FICA Spiritual History Tool*. Por lo que, se pregunta sobre las creencias espirituales o religiosas, las prácticas habituales, creando y garantizando la privacidad del espacio para que el paciente se sienta cómodo al compartir sentimientos, pensamientos y experiencias espirituales, ofreciendo acompañamiento constante, apoyando emocional y, si lo desea, acompañarlo en momentos de oración, meditación o reflexiones espirituales⁽¹¹⁴⁾.

Así mismo, Cuartas P. et al, manifiestan que se debe facilitar el acceso a líderes religiosos, capellanes o consejeros espirituales, para proporcionar apoyo espiritual y realizar sacramentos específicos si el paciente lo desea, además, hay que asegurarse que el paciente tenga los elementos necesarios para realizar sus prácticas religiosas, como rosarios, cruces, libros de oraciones, etc. Recomiendan además capacitar al cuidador y familiares sobre la importancia de la espiritualidad en los cuidados paliativos, para promover un cuidado enfermero respetuoso que proporcione apoyo emocional y espiritual a los familiares⁽¹¹⁵⁾.

Es por ello que, los profesionales de enfermería que asisten pacientes en cuidados paliativos se enfrentan a una variedad de situaciones conflictivas y dilemas éticos que van desde el respeto a los derechos del paciente como la sedación paliativa, voluntades anticipadas, confidencialidad, toma de decisiones que protejan la salud, la autonomía entre otros⁽⁶⁹⁾.

El autor Domínguez M., menciona que el personal de salud debe incorporar los Principios Generales de Ética y Bioética, incluyendo la preservación de la confidencialidad, veracidad y fidelidad, además deben respetar las creencias religiosas del paciente. Para

brindar un cuidado efectivo en los CP, hay que adoptar una perspectiva basada en principios éticos y en relaciones interpersonales sólidas con el paciente, la familia y con el equipo interdisciplinario de salud, con el fin de desarrollar hábitos intelectuales y virtudes morales para abordar adecuadamente los desafíos del cuidado ⁽⁶⁸⁾.

Enfrentar una enfermedad terminal indudablemente puede llevar a los pacientes a cuestionar el sentido de la vida. Por esta razón, abordar aspectos de religión y espiritualidad puede ayudarles a comprender el sufrimiento y facilitar un proceso de duelo más saludable, ofreciendo una atención centrada en los valores y deseos, así como en el manejo del miedo a la muerte, contribuyendo a que encuentren paz y tranquilidad. Por lo tanto, en el ámbito de los cuidados paliativos, es esencial abordar no solo las necesidades físicas, sino también las emocionales, sociales y espirituales del paciente.

Por otro lado, Forero J. et al, mencionan que la creación de los documentos de voluntades anticipadas en el ámbito de la salud es denominada como testamento vital. El propósito principal es proteger y mantener el derecho de la autonomía del paciente en la toma de decisiones en salud, respetar la elección en las intervenciones médicas que desea, incluso cuando atraviesa una enfermedad o condición terminal. Este documento guía al personal sanitario en el cuidado según las preferencias y voluntades declaradas por el paciente, garantizando la autonomía ⁽¹¹⁶⁾.

Sin embargo, Bejarano. et al, ⁽¹⁵⁾ en el estudio “*Declaración de voluntades anticipadas*” indican que la realización de las voluntades anticipadas es sin duda de vital importancia no solo para la población anciana, sino para la sociedad en general, ya que ni la enfermedad ni la muerte entienden de edad. Las VA promueven la autonomía del paciente, con la obligación del personal médico de hacer el bien (beneficencia) y evitar el daño (no maleficencia), teniendo en cuenta las preocupaciones de justicia y equidad con respecto a otros pacientes, por tal razón, es deber del personal de salud proteger a los enfermos vulnerables ⁽⁹⁹⁾.

El *Colegio oficial de Enfermería de Barcelona* en el artículo “*Las enfermeras y las voluntades anticipadas*” mencionan que el personal enfermero debe conocer la legislación vigente de las voluntades anticipadas (VA), asegurándose que la familia comprenda la importancia que tienen las decisiones en caso de que el paciente por su deteriorado estado de salud no pueda elegir, además se debe colaborar a quien redacte el documento dando información sobre los estados de salud, absteniéndose siempre de condicionar o coaccionar las decisiones de la persona y proporcionar información sobre las VA ⁽⁷⁶⁾.

Además, el Colegio recomienda valorar la capacidad de quien realiza el documento de Voluntades Anticipadas (DVA), para comprobar si la información fue comprendida, actúa libremente sin coacción y comprende las consecuencias asociadas. El DVA debe manifestar con claridad las voluntades, sentimientos y emociones de la persona ante la decisión tomada y el personal de enfermería debe capacitarse sobre el objetivo y el proceso legal de

elaboración de este documento para explicar e informar a la familia sobre la finalidad de las voluntades anticipadas⁽⁷⁶⁾.

Por su parte Dias J. et al, en el artículo "*Intervenciones educativas para la planificación anticipada de cuidados en la adherencia a las voluntades anticipadas...*" en esta revisión señalan que se debe asegurar que el documento de voluntades anticipadas se incluya en la historia clínica, con un distintivo bien visible, para que todo el equipo de salud conozca de la existencia de este documento legal⁽¹¹⁷⁾.

Las voluntades anticipadas fomentan un diálogo abierto entre el paciente, la familia y el equipo de salud, lo que facilita la planificación de cuidados paliativos individualizados. Este enfoque permite a los pacientes comunicar de manera clara las preferencias respecto a los tratamientos que desean o no recibir, respetando así la autonomía. Por lo tanto, las voluntades anticipadas son fundamentales en pacientes con EPOC avanzada en cuidados paliativos, ya que garantizan que las decisiones terapéuticas estén alineadas con los deseos del paciente.

Según los autores Acedo C. y Rodríguez A. en el estudio realizado en la Unidad de Cuidados Paliativos mencionan que la Sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, con el objetivo de evitar un sufrimiento intolerable causado por uno o más síntomas refractarios del paciente que padece una enfermedad avanzada en fase terminal. Por esta razón, los autores sugieren que se debe obtener siempre el consentimiento informado del paciente o los familiares. Los fármacos más utilizados en la sedación paliativa son las Benzodiazepinas siendo el de primera elección el midazolam⁽¹¹⁸⁾.

Asimismo, el autor Prieto C. et al, en el estudio "*Sedación paliativa aspectos éticos, clínicos y médicos en el paciente paliativo*" señala que la sedación paliativa ofrece al paciente y a su familia la posibilidad de manejar síntomas difíciles de controlar, reduciendo así el sufrimiento físico y emocional. Entre los síntomas que más suelen manejarse están la disnea, el dolor, el delirium y el sufrimiento emocional, es esencial identificarlos para poder proporcionar el tratamiento farmacológico más adecuado según la condición del paciente⁽⁸⁶⁾.

Los autores antes mencionados manifiestan que los principales cuidados paliativos de enfermería para la sedación paliativa son: asegurar que el paciente y su familia comprendan los objetivos, procedimientos y efectos de la sedación paliativa, además se debe preparar y administrar según prescripción los medicamentos recomendados como los barbitúricos y las benzodiazepinas siendo el fármaco de elección el midazolam. Sugieren además el control continuo de los signos vitales del paciente y los niveles de sedación con las herramientas específicas (*Ramsay*)⁽⁸⁶⁾.

Por otra parte, López G. et al, indican que se debe proporcionar apoyo emocional y psicológico a la familia del paciente, explicando el proceso de sedación, el efecto y el alivio de los síntomas refractarios. Para la evaluación del nivel de sedación recomiendan la aplicación de la *Escala de Ramsay*, documentando detalladamente en la historia clínica todas

las intervenciones, medicamentos administrados y efecto terapéutico, así como la importancia de que el personal de enfermería mantenga una comunicación abierta, honesta y respondan a las preguntas y preocupaciones de la familia ⁽¹¹⁹⁾.

Así mismo, Polo B. et al, refieren que se debe mantener registros precisos para asegurar la continuidad del cuidado y cumplir con los estándares legales y éticos, además de estar preparados para manejar complicaciones potenciales de la sedación, como depresión respiratoria o reacciones adversas a los medicamentos, consultar con el comité de ética cuando sea necesario y respetar las decisiones del paciente y la familia en todo momento, también el personal enfermero debe acompañar a los pacientes y familiares en el proceso legal y médico subordinándose a la voluntad del paciente ⁽¹²⁰⁾.

Por consiguiente, Quintero V. et al, describen que el fármaco de elección para la sedación paliativa es el midazolam y en el caso que el paciente manifieste delirium refractario, el fármaco de elección será la levomepromazina, y la clorpromazina como otra opción. Sugieren además la combinación de midazolam con levomepromazina o clorpromazina intravenosa y para una sedación profunda aplicar fenobarbital si el paciente está en el domicilio o Propofol si permanece en el hospital ⁽¹²¹⁾.

La sedación paliativa constituye una intervención esencial en pacientes con EPOC avanzada en cuidados paliativos, especialmente cuando se enfrentan a síntomas refractarios que no pueden ser controlados. Este procedimiento se lleva a cabo bajo una cuidadosa evaluación médica, asegurando la aplicación ética y responsable. La sedación representa una opción adecuada para aquellos pacientes que prefieren no experimentar sensaciones angustiosas en los últimos momentos permitiéndoles fallecer con dignidad y tranquilidad. Además, la sedación no solo proporciona alivio sino también puede ofrecer consuelo a los familiares, al saber que el ser querido no está sufriendo.

Es por ello que, el conjunto de requerimientos de los pacientes con esta enfermedad crónica avanzada va más allá de los aspectos clínicos y del manejo, abarcando otros aspectos multidimensionales como lo funcional, social, psicológico y ético, ligados a la etapa final de la enfermedad. Un entendimiento detallado de estas necesidades del paciente, el núcleo familiar y del cuidador es esencial para una planificación realista de los cuidados necesarios para el paciente paliativo con EPOC ⁽³⁸⁾ (Anexo 2: Tabla 6).

Así mismo, la Doctora Pozo del MSP, sugiere que *"El mejor lugar para el final de la vida es el domicilio, junto a la familia y no en el hospital, por eso la mayor parte de programas que existen en el mundo son domiciliarios. El paciente regresa a su casa, pero con un equipo técnico que lo acompañe, en el que se incluyen médicos, enfermeras y técnicos de atención primaria en salud entre otros que visitan al paciente, familia y comunidad"* ⁽²⁰⁾.

Por otra parte, Pérez N. et al, en el estudio *"Enfermería en los Cuidados Paliativos Domiciliarios"* mencionan que la atención domiciliaria para los pacientes y su familia es recibir un trato más personalizado por parte del equipo interdisciplinario de CP,

estableciendo así una mayor confianza e intimidad con cierta autonomía y conservando la dignidad. La Atención Domiciliaria beneficia también a la familia, debido a que satisface las necesidades del ser querido al permanecer en el hogar ayudará a mejorar la calidad de vida del paciente, así como durante el acompañamiento en la elaboración del duelo y reduciendo los continuos ingresos hospitalarios⁽¹¹⁾.

Los autores Guerrero D. et al, mencionan que en los CP domiciliarios existe una mejora en la calidad de vida del paciente y sus allegados. Los cuidados paliativos brindan bienestar espiritual contribuyendo a la disminución de la depresión, tanto el paciente como su familia reciben atención personalizada y existe una reducción en los costos a comparación de los centros hospitalarios⁽¹²²⁾. Por otro lado, Hernández A., determinó que los cuidados paliativos domiciliarios ofrecen al paciente y familia varios beneficios como: permite la expresión de sentimientos, la cercanía con su entorno, contribuye a la salud física y mental del paciente y cuidador, reduce los costos económicos para los familiares y favorece en la autonomía del profesional enfermero⁽¹²³⁾.

De igual manera para Gonzáles M., los cuidados paliativos en el hogar ofrecen beneficios, como una mayor comodidad e intimidad para el paciente y la familia, un trato personalizado por los profesionales de la salud y la reducción de hospitalizaciones frecuentes. Además, permite que la enfermedad y el proceso de morir se vivan en un entorno familiar, lo que se convierte en un momento íntimo con la presencia de seres queridos⁽⁷⁷⁾. Por otro lado, Mejía R., y colaboradores respaldan la implementación de CP en el hogar, ya que el paciente se encuentra en su entorno de confort, lo que aporta tranquilidad tanto a él como a su familia, permitiendo al personal de enfermería trabajar con mayor autonomía⁽¹²⁴⁾.

Así mismo, Contreras A. et al, mencionan que la implementación de cuidados paliativos en el hogar ofrece ventajas no solo para el paciente y su familia, sino también para el sistema de salud, esta práctica ayuda a evitar hospitalizaciones prolongadas, reduciendo así los altos costos hospitalarios, como otro beneficio es que el paciente se encuentra cómodo al estar rodeado de sus seres queridos, disminuyendo la sensación de soledad⁽¹²⁵⁾.

Por otro lado, Picado J. et al, en el artículo “*Necesidades de atención en cuidado paliativo*” manifiesta que el propósito de los CP es optimizar la calidad de vida de los pacientes. Estos cuidados están dirigidos a individuos que enfrentan diversas enfermedades y condiciones crónicas, tales como el cáncer, enfermedades cardíacas como la insuficiencia cardíaca, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), insuficiencia renal, Alzheimer, Parkinson, Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), entre otras⁽¹²⁶⁾.

Por su parte, el autor Curbelo P. et al, mencionan que los cuidados paliativos se han desarrollado significativamente en las últimas décadas, la EPOC causa una carga prolongada de síntomas que impactan la vida del paciente y su entorno social, generando altos costos personales y sociales. Diversas guías recomiendan un enfoque paliativo para controlar los síntomas de la EPOC, enfatizando la importancia que los CP se integren en la práctica clínica, mencionan además que solo el 2% de los pacientes con EPOC reciben el tratamiento

paliativo adecuado, y las derivaciones a CP suelen ser tardías, por lo que muchos pacientes mueren en el hospital, lejos de su familia ⁽¹²⁷⁾.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Con la revisión bibliográfica se pudieron identificar los aspectos multidimensionales de la patología como funcionales, psicológicos, sociales y aspectos éticos a los que el enfermero debe enfrentar, gestionar y dar solución, así como se pudo establecer las principales intervenciones de enfermería determinando los beneficios de los cuidados paliativos a domicilio para el paciente con EPOC en fase avanzada.
- Tras el análisis de los artículos científicos, se identificó que el dolor, disnea, tos y expectoración son las principales manifestaciones funcionales de la fase avanzada de la EPOC en pacientes paliativos, con respecto a las manifestaciones psicológicas se evidenciaron la ansiedad y depresión. En cuanto a las manifestaciones sociales están la religión y espiritualidad. Además, se pudo identificar que los profesionales de enfermería que asisten pacientes en cuidados paliativos se enfrentan a una variedad de situaciones conflictivas y dilemas éticos como la sedación paliativa, voluntades anticipadas, entre otras.
- Una vez identificados los aspectos multidimensionales de la EPOC en fase avanzada se pudieron establecer las principales intervenciones de enfermería en la que los diferentes autores y la taxonomía NIC recomiendan que para el manejo del dolor se debe utilizar diversas escalas como la EVA (*Escala Visual Analógica*), EN (*Escala Numérica Verbal*), EVS (*Escala Verbal Simple*) y EFF (*Escala de Expresiones Faciales*), en el caso de pacientes sedados aplicar la escala BPS (*Behavioral Pain Scale*). También es importante poner en consideración los cuatro escalones de la escala analgésica de la OMS según prescripción médica de acuerdo con protocolos o guías para el manejo del dolor. Entre las terapias no farmacológicas recomendadas se encuentran los masajes superficiales, las prácticas espirituales, los cambios de posición, la aplicación de frío o calor y el tacto terapéutico.
- Para el control de la disnea en pacientes con EPOC los estudios recomendaron la oxigenoterapia continua en el hogar según indicaciones, y la administración del midazolam intravenoso bajo prescripción médica. Entre los cuidados no farmacológicos se recomienda mantener un ambiente tranquilo, bien ventilado y fresco, colocar al paciente en posición Fowler o Semi Fowler para mejorar la ventilación, y realizar ejercicios de vibración en la pared torácica (tapotaje) para ayudar a despejar las secreciones y mejorar la disnea en reposo.
- Por otro lado, para tratar la tos y la expectoración es necesario administrar nebulizaciones con broncodilatadores con el fin de mantener las vías respiratorias despejadas, diluir las secreciones y mejorar el intercambio de gases. Además, los cuidados paliativos de enfermería no farmacológicos incluyen el uso de la escala de Servera o el *cuestionario de evaluación de tos y esputo* (CASA-Q) para determinar la frecuencia, severidad y características (seca, productiva, verde, amarilla, con sangre, >30 ml al día), ya que los estudios señalan una posible exacerbación de la

EPOC, en el caso de que el paciente se encuentre bajo sedación paliativa o tenga dificultad para expectorar es necesario la aspiración de secreciones.

- Las intervenciones de enfermería para las principales manifestaciones psicológicas en pacientes paliativos con EPOC en fase avanzada la literatura recomendó que para controlar la ansiedad y la depresión es necesario la administración del Diazepam y Lorazepam intravenoso de 2 a 3 veces al día, realizar una evaluación integral utilizando herramientas como el *Inventario de Depresión de Beck* y la *Escala de Ansiedad de Hamilton*, además se debe considerar el uso de terapias complementarias como la aromaterapia, la musicoterapia o la terapia ocupacional para mejorar el bienestar emocional.
- En cuanto a las manifestaciones sociales los autores recomiendan la importancia de los cuidados paliativos de enfermería en la evaluación integral de las necesidades espirituales y religiosas del paciente, cuidador y familia para lo cual es importante la aplicación de herramientas como el *HOPE Questions* o el *FICA Spiritual History Tool*, además es relevante acompañar al paciente y cuidadores en estos críticos momentos con la oración, meditación o reflexiones espirituales así como facilitar el acceso a líderes religiosos, espirituales, filosóficos, etc..
- En cuanto a los dilemas éticos a los que el enfermero debe enfrentar, gestionar y dar solución durante los cuidados paliativos en pacientes con EPOC en fase avanzada fueron poner en práctica los Principios Éticos y de Bioética, incluyendo la preservación de la confidencialidad, veracidad y fidelidad, además respetar las creencias religiosas del paciente. Por tanto, para proporcionar un cuidado efectivo en CP, se debe adoptar una perspectiva integral basada en principios éticos y en relaciones interpersonales sólidas, no solo con el paciente y su familia sino con el equipo interdisciplinario de salud para un cuidado de enfermería holístico integral.
- Se evidenció además que la calidad de vida de los cuidadores de personas en cuidados paliativos es baja, siendo la dimensión psicológica la más afectada, por la sobrecarga psicofísica. Por lo que es importante que el personal de enfermería aplique continuamente la *escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT*, realice visitas domiciliarias con el fin de monitorear continuamente la calidad de vida del cuidador y la familia.
- Además, se pudo determinar que el mejor lugar para brindar cuidados paliativos y acompañar hasta el final de vida al paciente con EPOC es el domicilio. Varios autores mencionaron que la atención domiciliar dignifica la muerte, permite al paciente estar en su entorno familiar por lo que es importante que el enfermero valore las características del ambiente familiar, los servicios paliativos disponibles, la disponibilidad de un equipo interdisciplinario especializado y sobre todo respetar el deseo y la disposición del paciente y la familia de ser atendido en casa.
- Por lo tanto, con la presente revisión bibliográfica se pudo determinar la importancia de los Cuidados paliativos de enfermería en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en fase avanzada.

Recomendaciones

- Es fundamental que las enfermeras del Ecuador se especialicen en cuidados paliativos por la escasez de profesionales capacitados en esta área, ya que permitirá atender más eficazmente a pacientes con enfermedades oncológicas y no oncológicas. Por ello, se recomienda que la carrera de enfermería de la UNACH considere desarrollar programas de posgrado en cuidados paliativos.
- Se recomienda que el personal de enfermería mantenga altos estándares éticos en todas las interacciones con los pacientes, familias y otros profesionales de la salud, ya que la ética promueve la reflexión constante durante la práctica clínica con una atención de calidad basada en valores éticos sólidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados Paliativos. OPS [Internet]. 2020 [citado el 2 de Agosto 2023]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
2. Martínez I, et al. Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio. An Sist Sanit Navar. [Internet]. 2018 [citado el 2 de Agosto 2023]; 41 (3): 321-328. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/62847/41973>
3. Sepúlveda C. Perspectiva de la OMS para el desarrollo de cuidados paliativos en el contexto de programa de control de cáncer en países en vía de desarrollo [Internet]. 2nd ed. Medical. España: Bermedo; 2018 [citado el 2 de Agosto 2023] Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/LA-OMS-Y-LOS-CP-EN-PAISES-EN-DESARROLLO.pdf>
4. Tineo J, et al. Revistas científicas sobre cuidados paliativos y terapia del dolor en Latinoamérica. SECPAL. [Internet]. 2022 [citado el 2 de Agosto 2023]; 29(2): 133-138. Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/Revistas-cientificas-sobre-cuidados-paliativos-y-terapia-del-dolor-en-Latinoamerica726>
5. Vallejo M. Cuidados paliativos una especialidad en Ecuador. Rev Oncol. [Internet]. 2022 [citado el 2 de Agosto 2023]; 32 (2): 266-275. Disponible en: <https://www.roe-solca.ec/index.php/johs/article/view/637/527>
6. Pastrana T, et al. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica 2020 [Internet]. 1. 2ª ed. Houston: 2021 [citado el 2 de Agosto 2023]. Disponible en: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/60351>
7. Ministerio de Salud Pública. [Internet]. Guía de cuidados paliativos para el ciudadano. Quito: MSP; 2018 [citado el 12 de Agosto 2023]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn/archivos/GUIA%20CUIDADOS%20PALIATIVOS%20PARA%20CIUDADANO.pdf>
8. Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026. [Internet]. Quito: MSP; 2022 [citado el 12 de Agosto 2023]. Disponible en: http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/eyJjYXJwZXRhIjoicm8iLCJ1dWlkIjoibWZmZWZWRIMTIItMzRjNS00NjEyLTg0OTctNzY0YTIwMDdkOGNkLnBkZiJ9
9. Figueredo N, et al. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA: SUSTENTO PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS. Enfer Cuidad Human [Internet]. 2019 [citado el 12 de Agosto 2023]; 8 (2): 33-56. Disponible en : <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1846>
10. Quesada R. Cuidados Paliativos en el Domicilio. Public Didac [Internet]. 2018 [citado el 12 de Agosto 2023]; 580-597. Disponible en: <https://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/096150>

11. Gonzalo M. Enfermería en Cuidados Paliativos Domiciliarios [tesis en Internet]. España: Universidad de Valladolid; 2019 [citado el 12 de Agosto 2023]. Disponible en : <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/39085>
12. Pérez N, et al. Formación en Cuidados Paliativos en enfermería: Atención en el domicilio. Enfer Comun. [Internet]. 2018 [citado el 12 de Agosto 2023]; 13 : Disponible en: <https://www.index-f.com/comunitaria/v13/e10927r.php>
13. Sobral M, et al. Conflictos bioéticos en los cuidados al final de la vida. Rev Bioet [Internet]. 2020 [citado el 14 de Agosto 2023]; 28 (1): 128-134. Disponible en : <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FGXnfnWjcgmnqVKJTKP5mw/?lang=es&format=pdf>
14. Torres L, et al. Contaminación del aire y su influencia en la incidencia de enfermedades respiratorias en Santa Elena Ecuador 2020. [Internet]. Bole Malari. 2021 [citado el 14 de Agosto 2023]; LXI (2): 328-336. Disponible en: <https://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/6019/1/PCM-21-018%20TORRES%20LUIS%2c%20Contaminaci%c3%b3n%20del%20aire.pdf>
15. Santeliz J. Estudio comparativo de la estadificación de pacientes con EPOC según GOLD 2007, 2011 y 2019. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2019 [citado el 14 de Agosto 2023]; 35: 173-180. Disponible: <https://www.scielo.cl/pdf/rcher/v35n3/0717-7348-rcher-35-03-0173.pdf>
16. OPS [Internet]. La carga de las enfermedades respiratorias crónicas en la Región de las Américas, 2000-2019. Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado el 14 de Agosto 2023]. Disponible: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-respiratorias-cronicas>
17. Pérez L. Cuidados paliativos para pacientes con insuficiencia respiratoria crónica. Gac Sanit. [Internet]. 2018 [citado el 14 de Agosto 2023]; 32 (4):383-385. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2018.v32n4/383-385/es>
18. Dávila L. Cuidados paliativos en la fase terminal de la EPOC: revisión bibliográfica narrativa. Rev Cientí CODEM. [Internet]. 2019 [citado el 14 de Agosto 2023]; 8: 34-47. Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/96>
19. Delgado N, et al. Actividades de cuidados en pacientes con enfermedades terminales. Unidad de cuidados paliativos. Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Ponton. Espir Rev Multi Inves Cientí. [Internet]. 2019 [citado el 14 de Agosto 2023]; 3 (30): 2550-6862. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5732/573263329011/573263329011.pdf>
20. MSP [Internet]. Ministerio de Salud implementan atención especializada en cuidados paliativos. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2018 [citado el 20 de Agosto 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-implementan-atencion-especializada-en-cuidados-paliativos/>
21. Villacres F, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). RECIMUNDO [Internet]. 2022 [citado el 01 de Octubre 2023]; 6(3): 94-102. Disponible: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1673>
22. Hernández A, et al. Utilidad de la espirometría en los pacientes hospitalizados por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) exacerbada. Iatreia

- [Internet].2020 [citado el 01 de Octubre 2023]; 33(4): 341-47. Disponible: <https://www.redalyc.org/journal/1805/180566018004/>
23. Félix E. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Acta Med Perua [Internet]. 2019 [citado el 01 de Octubre 2023]; 26(4): 188-191. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/966/96618984001.pdf>
 24. Bravo J, et al. Descripción y análisis de las complicaciones clínicas y tratamiento en paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Dom Cien [Internet]. 2021 [citado el 01 de Octubre 2023]; 7(4): 65-89. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8384031.pdf>
 25. OMS [Internet]. En las Américas siete de cada diez muertes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica son causados por uso del tabaco. Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado el 01 de Octubre 2023]. Disponible: <https://www.paho.org/fr/node/76469#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20se%20estima,seg%C3%BAAn%20datos%20de%20la%20OMS.>
 26. Muscogiuri G, et al. Recomendaciones nutricionales en cuidados paliativos para pacientes con enfermedades avanzadas y al final de la vida. Revista Nutr Clin Metab [Internet]. 2021 [citado el 01 de Octubre 2023]; 4(2): 59-70. Disponible: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/272/407>
 27. Martínez M, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Rev Fac Med [Internet]. 2020 [citado el 01 de Octubre 2023]; 63(3): 28-35. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422020000300028
 28. Garzón X, et al. Panorama Nacional de Salud de los Trabajadores. MSP [Internet]. 2022 [citado el 05 de Octubre 2023]; 1: 49-51. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/Panorama-Nacional-de-Salud-de-los-Trabajadores-Encuesta-de-Condiciones-de-Trabajo-y-Salud-2021-2022.pdf>
 29. Freire E, Barba C. Eosinofilia, un biomarcador de importancia en la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC). INSPILIP [Internet]. 2023 [citado el 05 de Octubre 2023]; 8(24). Disponible: [https://www.inspilip.gob.ec/public/site/datos/a12/V8%231/Eosinofilia%2C%20un%20biomarcador%20de%20importancia%20en%20la%20Enfermedad%20Obstructiva%20Cr%C3%B3nica%20\(EPOC\).html](https://www.inspilip.gob.ec/public/site/datos/a12/V8%231/Eosinofilia%2C%20un%20biomarcador%20de%20importancia%20en%20la%20Enfermedad%20Obstructiva%20Cr%C3%B3nica%20(EPOC).html)
 30. Kasper D, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. Vol 1. 19 a edición. México: Mc Graw Hill; 2018
 31. Vásquez A, et al. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y comorbilidad. JONNPR [Internet]. 2022 [citado el 05 de Octubre 2023]; 5(10): 1195-1220. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020001000010
 32. Córdova D, et al. Revisión de actualidad, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Sani de Inves [Internet]. 2022 [citado el 12 de

- Octubre 2023]; 3(6): 2660-7085. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8516332>
33. OMS [Internet]. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado el 12 de Octubre 2023]. Disponible: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
 34. Fernández F, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Recimundo [Internet]. 2022 Jun 29;6(3):94–102. Disponible en: <https://salowi.com/recimund/index.php/es/article/view/1673>
 35. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. [Internet]. GOLD 2024 [citado 2024 Abril 15]. Disponible en: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
 36. Mejza F, Sliwinski P. Guías GOLD 2022: manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [Internet]. Empendium.com. 2022 [citado 2024 Mayo 15]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/noticias/294935>
 37. Diéguez A, et al. Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Trabajo de Fin de Grado en Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. 2019 [citado 2024 Mayo 12]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684718/dieguez_del%20rio_alba_tfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 38. Agusti A, Beasley R. Una guía para profesionales de la asistencia sanitaria: guía de bolsillo para el diagnóstico, manejo y prevención de la EPOC: Edición de 2022 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Internet]. 2021. Disponible en: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2022/01/GuiasGOLD2022_XXXXXv2_ES-Pocket.pdf
 39. Santacruz JG, Martínez LF. Cuidados paliativos: conceptos básicos. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo [Internet]. 2021 Mayo 15 [citado 2024 Mayo 18];4(2):14–8. Available from: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/212/392>
 40. Sánchez FJ, et al. Atención al final de la vida y los cuidados paliativos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.[Internet] Editorial Medica Panamericana 2020. [citado 2024 mayo 26] Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Experto_U_Tratamiento_EPOC/05%20M6T5-Texto.pdf
 41. Flores KY, et al. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. Enfermería: Cuidados Humanizados [Internet]. 2021 Jun 11 [citado 2024 Mayo 18];10(1):03-17. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2124/2277>
 42. Martínez Garzón L. Competencias y contenidos sobre cuidados paliativos en los estudios de grado de enfermería en España [Internet]. Valencia, España: Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir ; 2020 Mayo [citado 2024 Mayo 18]. Disponible en: <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1274/Competencias%20y%20c>

- [ontenidos%20sobre%20cuidados%20paliativos%20en%20los%20estudios%20de%20grado%20de%20enfermer%C3%ADa%20en%20espa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)
43. Jacono B, Baker C. Entry-to-Practice Competencies and Indicators for Registered Nurses Palliative and End-of-Life Care Canadian Association of Schools of Nursing [Internet]. Canadian Association of Schools of Nursing; 2021 [citado 2024 Mayo 18]. Disponible en: <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/PEOLCCCompetenciesandIndicatorsEn1.pdf>
 44. Figueredo-Borda N, et al. Modelos y teorías de enfermería: sustento para los cuidados paliativos. Enfermería: Cuidados Humanizados [Internet]. 2019 Aug 17 [citado 2024 May 18];8(2). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v8n2/2393-6606-ech-8-02-22.pdf>
 45. Redondo P, et al. Los cuidados paliativos en pacientes ancianos con patologías no oncológicas. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 2024 Mayo 18];30(1):6–11. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2019000100006&script=sci_arttext
 46. Ponce M. Importancia de la hospitalización a domicilio en el paciente respiratorio crónico. Hosp Domi [Internet]. 2019 [citado el 20 de Agosto 2023]; 3 (2): 135-8. Disponible: <https://revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/70/48>
 47. García E, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. SEPAR [Internet]. 2022 [citado el 20 de Agosto 2023]; 4 (2): 2659-6636. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2659663622000170?via%3Dihub>
 48. Bautista-Jiménez BA, et al. Intervención de enfermería en pacientes con enfermedad pulmonar crónica descompensados. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud: Salud y Vida [Internet]. 2022 Oct 1 [citado 2024 Junio 7];6(3):37–45. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/2220/pdf>
 49. Costa X, et al. Vivir con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada: el impacto de la disnea en los pacientes y cuidadores. Atención Primaria. 2019 [citado 7 Junio 2024];48(10):665–73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S021265671630097X>
 50. Gómez AE. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y alimentación [Internet]. www.elsevier.es. 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932416474622>
 51. Cabal Escandón V, et al. Grupo de síntomas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cuidados paliativos: una revisión sistemática* [Internet]. Javeriana.edu.co. 2022 [citado 2024 Mayo 18]. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/24%20\(2022\)/145271089006/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/24%20(2022)/145271089006/)
 52. Jarrín M, Rodríguez S. Cuidados paliativos en enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2023. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/375059008>
 53. Taboada P. Principios éticos relevantes en medicina paliativa [Internet]. Medicina Paliativa. 2020 [citado 2024]. Disponible en:

- <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Nb4RkLxvwRvCTPzVzWvhDdN/?format=pdf&lang=es>
54. Alcántara FA. Dilemas éticos en cuidados paliativos: revisión de literatura. *Revista Bioética* [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Mayo 19];28(4):704–9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Nb4RkLxvwRvCTPzVzWvhDdN/?format=pdf&lang=es>
 55. Quiróz J. Intervención enfermera con el paciente terminal y su entorno familiar. [Tesis en Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid ; 2021[2024 mayo 19]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47809/TFG-H2275.pdf>
 56. Bautista-Jiménez BA, et al. Intervención de enfermería en pacientes con enfermedad pulmonar crónica descompensados. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud, Salud y Vida* [Internet]. 2021 [citado 2024 Jun 7];6(3):37–45. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/2220/pdf>
 57. López-Campos JL, et al. Actualización de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC): comorbilidades, automanejo y cuidados paliativos. *Archivos de Bronconeumología* [Internet]. 2022 Abr [citado 2024 Mayo 19];58(4):T334–44. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289622000795>
 58. Roche Arregui A. Efectividad de un programa de ejercicio en la disnea, fatiga, depresión y ansiedad en pacientes con EPOC. [Internet]. 2021 Oct 15 [citado 2024 Jun 16]; Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/53384>
 59. Torcal M, et al. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [Internet]. 2020 [citado 2024 Mayo 20];13(3):203–11. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000300203
 60. Vicente MT, et al. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* [Internet]. 2018 [citado 2024 Mayo 20];25(4). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
 61. Mill-Ferreira E, et al. Estimación del índice de masa corporal con base en la circunferencia braquial, para pacientes con discapacidad permanente o transitoria. *Medicina de Familia*. 2018 Jul; 44(5):304–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/semerg.2017.08.002>
 62. Muscogiuri G, et al. Recomendaciones nutricionales en cuidados paliativos para pacientes con enfermedades avanzadas al final de la vida. *Rev de Nutr Clín y Metab* [Internet]. 2021 Mar 21 [citado 2024 mayo 19]; 4(2). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/272>
 63. Valverde A, et al. Manejo del insomnio en el adulto. *Rev Cien Sal Integrando Conocimientos*. 2020 Dic 15;4(6). Disponible en: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i6.169>
 64. Cannals A, et al. Factores asociados a la depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en Boyacá, Colombia. *Rev Col Nefrol* [Internet]. 2021 Ago 18 [citado 2024

- Jun 28];8(3):e528–8. Disponible en: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/528>
65. Rincón J, et al. Depresión y ansiedad en pacientes terminales [Internet]. 2019 [citado 2024 Mayo 20]. Disponible en: <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/palliative-care-16.pdf>
66. Filipovich E, et al. Repercusión de la espiritualidad en el afrontamiento de la vida y la muerte. Estudio desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. Cuadernos de Bioética [Internet]. 2023 [citado 2024 Mayo 16]; 34(110):13–24. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2023/34/110/13.pdf>
67. Rodrigo R, et al. La religión como afrontamiento en pacientes oncológicos: síntomas depresivos y ansiosos. [Internet]. 2021 Dic 14 [citado 2024 Mayo 21];15(1):69–81. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862021000100069&script=sci_arttext
68. Reimundo-Acosta E, et al. Dilemas éticos en enfermería desde una reflexión multicéntrica. Revista Ciencia y Cuidado [Internet]. 2022 [citado 2024 Mayo 30];19(3):32–43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8558007>
69. Domínguez M. Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cáncer en la comunidad. [Internet]. Revista Cubana de Medicina General Integral; 2019 [citado 2024 Jun 3]. Disponible en: <https://www.scielo.sld.cu/pdf/mdi/v35n4/1561-3038-mgi-35-04-e1106.pdf>
70. Clavé E. Sedación paliativa [Internet]. 2019 [citado 2024 Jun 1]. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/SEDACION-PALIATIVA-CLAVE.pdf>
71. De Miguel Diez J, et al. Atención y aspectos terapéuticos de la EPOC al final de la vida. Revista de Patología Respiratoria [Internet]. 2019 Sep 19 [citado 2024 Jun 3];22(3). Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/337051274>
72. Liliana Gil B. EPOC en la etapa final de la vida: recomendaciones de procedimiento. Revista americana de medicina respiratoria [Internet]. 2019 Jun 1 [citado 2024 Jun 5];12(2):54–61. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2012000200004
73. Merino S. Nivel de sedación en la escala de Ramsay y comportamiento hemodinámico de pacientes sometidos a endoscopia superior administrando propofol en perfusión más fentanilo en bolo o propofol en bolo más fentanilo en bolo en el Hospital General de zona 3 durante el periodo enero-diciembre 2021 [Internet]. Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2023 [citado 2024 Jun 5]. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2596>
74. Miravittles M. Atención a la EPOC al final de la vida. Cuidados paliativos. Arch de Broncon. 2018 Jun;53(1 Extraordinario):62–4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289621001666>
75. Puglla PC, Pauta-Zedillo WH. Documento de voluntades anticipadas, una propuesta de normativa para el ordenamiento jurídico ecuatoriano. Pol.Con. [Internet]. 2020

- [citado 2024 Jun 5];5(7):966–93. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9083748.pdf>
76. Busquets E. Las enfermeras y las voluntades anticipadas Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona Comisión Deontológica Barcelona, marzo de 2021 [Internet]. Colegio oficial de enfermería de Barcelona; 2021. Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/3c45c44f-9173-4fe4-8892-0dc1622e6851>
77. González M, et al. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PRESTACION DE EUTANASIA [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/2152768-Protocolo%20de%20intervenci%C3%B3n%20de%20enfermer%C3%ADa%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20la%20LORE_por%20GAP%20Salamanca.pdf
78. De Miguel J, et al. Atención y aspectos terapéuticos de la EPOC al final de la vida. 6 de noviembre de 2019; Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/David-Pena-Otero/publication/337051274_Atencion_y_aspectos_terapeuticos_de_la_EPOC_al_final_de_la_vida/links/5dc2b22ba6fdcc212808e385/Atencion-y-aspectos-terapeuticos-de-la-EPOC-al-final-de-la-vida.pdf
79. Fernández Irigoyen MT. Plan individualizado de cuidados paliativos en enfermería de atención primaria en paciente anciano con enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada. 11 de marzo de 2022 [citado 20 de julio de 2024]; Disponible en: <http://addi.ehu.es/handle/10810/55903>
80. Estupiñan M, Rodríguez-Soledispa S. Cuidados Paliativos para el primer nivel de atención. En: Cuidados Paliativos para el primer nivel de atención. 2023. p. 345-56. Disponible en: https://librocuidadospaliativos.com/wp-content/uploads/2023/10/libro_cuidados_paliativos_primer_nivel_atencion.pdf
81. Solano M, Villalobos G. Principios básicos del abordaje de dolor. Ciencia y salud UCIMED [Internet]. 2022[25 de junio del 2024];6(1):57-62. Disponible en:<https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/379>
82. Peñolaza R, et al. Conocimientos de enfermería: manejo del dolor. Rev Conecta Lib ISSN 2661-6904. 30 de agosto de 2018;2(2):26-35. Disponible en: <https://revistaitsl.itlibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/64>
83. Vicente M, et al. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018 [citado 20 de julio de 2024]; Disponible en: http://gestoreditorial.resed.es/DOI/PDF/ArticuloDOI_3632.pdf
84. Rivas E, et al. Escalas de valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistemática. Enferm Cuid Humaniz. junio de 2018;7(1):57-73. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100057
85. Cabo de Villa E, et al. Dolor y analgésicos. Algunas consideraciones oportunas. Medisur [Internet]. 2020 Ago [citado 20 Julio 2024] ; 18(4) : 694-705. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400694&lng=es. Epub 02-Ago-2020.

86. Prieto C, Solarte NAP, Ríos EG, Muñoz TFT, Muñoz JCH, Mora M Jesús M, et al. Sedación paliativa aspectos éticos, clínicos y médicos en el paciente paliativo. *Sci Educ Med J*. 27 de julio de 2021;3(1):125-34. Disponible en: <https://www.medicaljournal.com.co/index.php/mj/article/view/61>
87. Ruiz-Romero MV, Guerra-Martín MD, Álvarez-Tellado L, Sánchez-Villar E, Arroyo-Rodríguez A, Sánchez-Gutiérrez MC, et al. Terapias no farmacológicas para el dolor crónico no oncológico: percepciones de los pacientes. *An Sist Sanit Navar*. abril de 2021;44(1):61-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272021000100006
88. Alcina M, et al. Tacto terapéutico en el cuidado de enfermería: un análisis conceptual. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2022 [28 de Julio del 2024];35:eABE00706. 1-8 Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ape/a/cpL3yhFGFkj7KMXTSGtjrwh/abstract/?lang=es#>
89. Borsini E, et al. Abordaje paliativo en enfermedades respiratorias avanzadas. *Respirar [Internet]*. 1 de diciembre de 2023 [citado 20 de julio de 2024];15(4). Disponible en: <https://respirar.alatorax.org/index.php/respirar/article/view/159>
90. Sobradillo Ecenarro P, García-Rivero JL, López Caro JC. El tratamiento broncodilatador en la prevención de las exacerbaciones de la EPOC. *Med Fam SEMERGEN*. 1 de octubre de 2019;45(7):479-88. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-tratamiento-broncodilatador-prevencion-exacerbaciones-S1138359319301352>
91. Molina-Franky J, Cubaque MAR, Gamba SPC, Robayo AYP, Laverde M del PR. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Investig En Salud Univ Boyacá*. 3 de septiembre de 2018;5(2):295-322. Disponible en: <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/345>
92. Lamelo F, et al. Control de síntomas en cuidados paliativos. *Fistierra [Internet]*. 2020 [21 de Julio del 2024d]; 23 (33):108-118. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos/#sec30>
93. Montón G, García Tovar M, González Bañares P, Jiménez Latapia S, Fernández Romero SP, Romero García MI. Caso clínico. Proceso de atención de enfermería, paciente con disnea. *Rev Sanit Investig*. 2023;4(5):17. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8965458>
94. Castro C. Protocolo Sedación Paliativa [Internet]. 2019. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.uc.cl/wp-content/uploads/2023/05/Trinidad-Honorato-2019-Protocolo-Sedacion-Paliativa-Clinica-Familia-1.pdf-1.pdf>
95. Minchala R, et al. Prevalencia, tratamientos y cuidados de enfermería en la neumonía adquirida en adultos mayores. Revisión sistemática. *Vive Rev Salud*. diciembre de 2021;4(12):179-89. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432021000300179

96. Heyden F, et al. Efecto de la rehabilitación pulmonar sobre la función respiratoria y la capacidad de ejercicio en personas con enfermedad pulmonar crónica. *Acta Médica Costarric.* diciembre de 2020;62(4):181-6. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022020000400181
97. Betancourt-Peña J, Suaza-Casañas D, Pazmiño-Ordoñez JC, Hurtado-Pantoja C, Parra-Liévano JA, Jimenez L, et al. Recomendaciones para la rehabilitación pulmonar en pacientes con COVID-19. *Univ Salud.* abril de 2022;24(1):76-84. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1361188>
98. Borrazás González MCB, Morales IP, Lara HR. Condición nutricional y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Investig Medicoquirúrgicas [Internet].* 2019 [citado 20 de julio de 2024];11(S1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86602>
99. Bejarano Gómez M del C, Braojos Bautista R, Díez García MR, Prieto Sánchez M del C, Sánchez Díez S, Bejarano Gómez M del C, et al. Declaración de voluntades anticipadas. Un testamento vital para asegurar la autonomía. *Gerokomos.* 2019;30(3):119-23. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000300119
100. Fabrellas N, Sáez Rubio G, Martín Peña N, Coiduras Charles A, Rodríguez Pérez EM, Hernández Ibáñez R, et al. Estado nutricional en las personas con insuficiencia cardíaca crónica y/o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Impacto en la calidad de vida y en las exacerbaciones. *Enferm Glob.* 2019;18(53):66-85. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000100003
101. Martínez García Rosa María, Fuentes Chacón Rosa María, Lorenzo Mora Ana María, Ortega Rosa M. La nutrición en la prevención y curación de heridas crónicas. Importancia en la mejora del pie diabético. *Nutr. Hosp. [Internet].* 2021 [citado 2024 Junio 30] ; 38(spe2): 60-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000500014&lng=es. Epub 01-Nov-2021. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.3800>.
102. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner Ch. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). [Internet]. 4^o Edición. España: Elsevier; 2014 [citado 1 Julio 2024]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
103. D'Hyver de las Deses C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Rev Fac Med México.* febrero de 2018;61(1):33-45. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100033
104. García-Muñoz E, Licona-Galicia DG, García-Muñoz E, Licona-Galicia DG. Usos potenciales de la mirtazapina en cuidados paliativos más allá de su efecto antidepressivo. *Rev Soc Esp Dolor.* febrero de 2018;25(1):37-44. Disponible en:

- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000100037
105. Contreras N, et al. Insomnio en el paciente oncológico. *Gac Mex Onc* [Internet]. 2022 [03 Julio 2024]; 12 (2):101-107. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-insomnio-el-paciente-oncologico-X1665920113025789#:~:text=Un%2050%25%20o%20m%C3%A1s%20de,e1%2038%25%20y%2061%25>.
 106. Campo A, et al. Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Acta Medica Colomb*. junio de 2021;46(2):13-7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-24482021000200013&script=sci_arttext&tlng=es#:~:text=Se%20concluye%20que%20la%20prevalencia,EPOC%20seguidos%20en%20consulta%20externa.
 107. Castro V, et al. Depresión en pacientes adultos mayores de comunidades de altura, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Rev Neuro-Psiquiatr*. enero de 2019;82(1):4-10. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972019000100002
 108. Oliveira J, et al. El perfil de usuarios de benzodiazepinas en servicios de atención primaria de la salud de la ciudad de Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Salud Colect*. 14 de septiembre de 2020;16:e2495. Disponible en: <https://scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2495/>
 109. González A, et al. Evidencias de validez y confiabilidad de la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista de Ciencias Empresariales y Sociales*. Vol. 8, N°5, 2022 (Jul-Dic) ISSN electrónico 2618-2327. (Pp. 121-135). Disponible en: <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/empresarialesysociales/article/download/1493/1436/>
 110. Usoa Arrondo B. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A NIVEL PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL PARA EL MANEJO DEL MALESTAR EMOCIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES EN CUIDADOS PALIATIVOS [Internet]. Universidad del país Vasco; 2020. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/547399379.pdf>
 111. Achurry D, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*. [Internet]. 2019[05 Julio 2024];13(1):55-60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-la-con-familia-del-paciente-S1665706315000925>
 112. Espín Chalán ME, Tierra Tierra VR, Robalino Rivadeneira ME, Chuquicondor Rochina SI, Machado Herrera PM, et al. Esquema de cuidados de enfermería ante posibles afecciones psicológicas en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Eugenio Espejo*. agosto de 2021;15(2):76-87. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2661-67422021000200076&script=sci_arttext

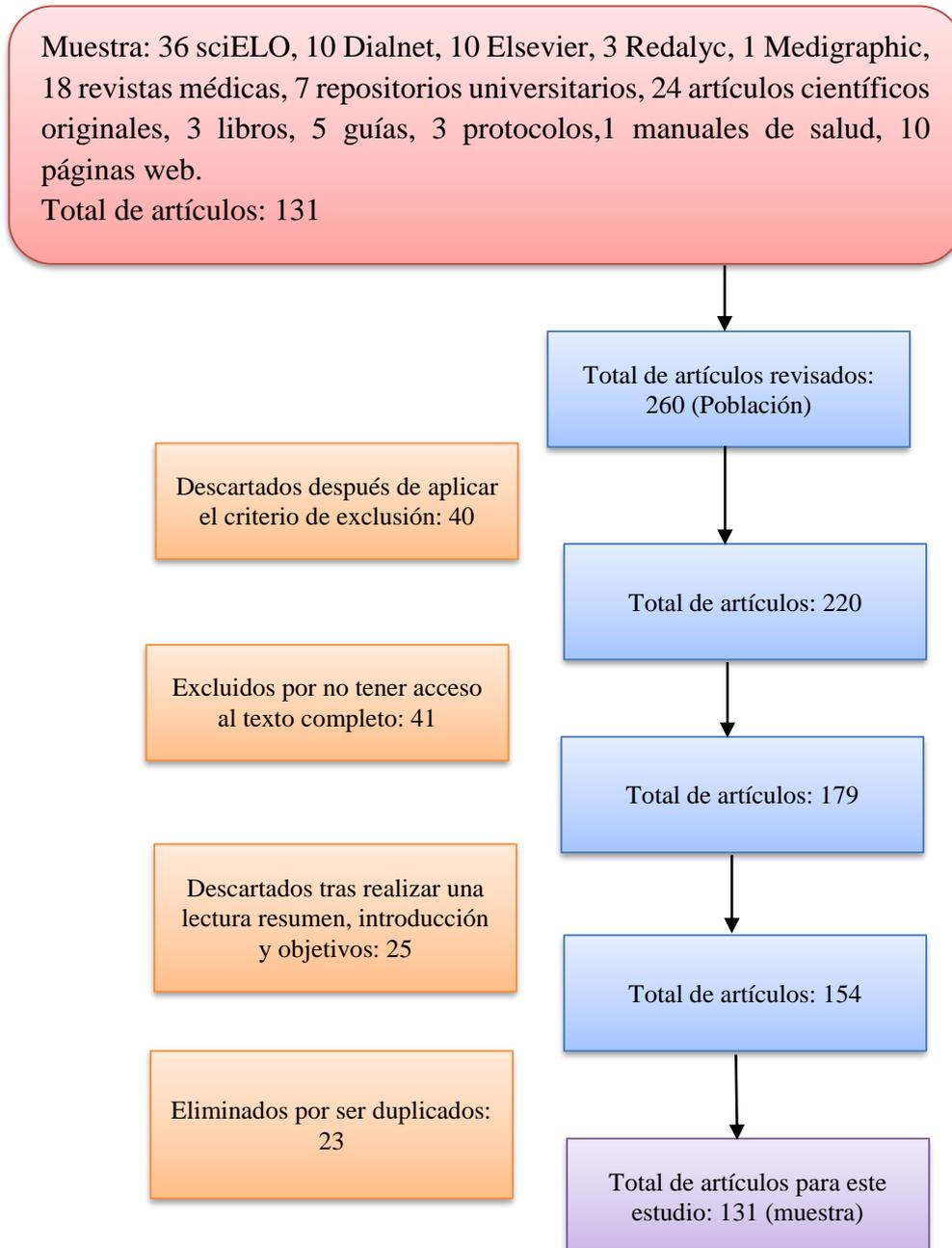
113. Gallardo Vergara RG, Vera Contreras GM, Sobarzo González SGC, Cisternas Farias FI, Vergara RG, Vera Contreras GM, et al. La religión como afrontamiento en pacientes oncológicos: síntomas depresivos y ansiosos. *Psychol Av Discip.* junio de 2021;15(1):69-81. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862021000100069
114. Fonseca C. M. Atención de las necesidades espirituales y religiosas de pacientes por personal de salud. Un modelo basado en el acompañamiento espiritual. *Rev Cir.* junio de 2022;74(3):318-24. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492022000300318
115. Cuartas-Hoyos P, Charry-Hernández RL, Ospina-Muñoz P. Cuidado espiritual. *Rev Colomb Enferm.* 1 de abril de 2019;18(1):1-17. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1016155/2341-articulo-5834-2-10-20190614.pdf>
116. Forero J, Vargas I, Bernal M, Forero J, Vargas I, Bernal M. Voluntades anticipadas: desafíos éticos en el cuidado del paciente. *Pers Bioét.* diciembre de 2019;23(2):224-44. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222019000200224&script=sci_abstract&tlng=es#:~:text=Las%20voluntades%20anticipadas%20en%20salud,de%20forma%20previa%20sus%20preferencias.
117. Dias J, Tavares de Souza M, Affonso Angeluci C. Intervenciones educativas para la planificación anticipada de cuidados en la adherencia a las voluntades anticipadas: revisión integradora. *Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades.* 2023;(65):232-48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8914754>
118. Acedo Claro C, Rodríguez Martín B, Acedo Claro C, Rodríguez Martín B. Sedación paliativa. *Rev Clínica Med Fam.* 2021;14(2):93-7. Disponible en: <https://revclinmedfam.com/article/sedacion-paliativa#:~:text=La%20sedaci%C3%B3n%20paliativa%20es%20la,uno%20o%20m%C3%A1s%20s%C3%ADntomas%20refractarios.>
119. López Pérez GPL, Casa MDC, Moyulema GLA, Quilligana YNC, Tacuri ABG, Arias JMI. Análisis nacional de la sedación aplicada en pacientes de cuidados críticos. *Salud Cienc Tecnol.* 31 de diciembre de 2022;2:234-234. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9071883>
120. Polo Morís B. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA SEDOANALGESIA DEL PACIENTE CRÍTICO. *Pap Enferm EN SEDOANALGESIA PACIENTE Crít.* 1 de julio de 2019;120(120):1-120. Disponible: <https://www.npunto.es/revista/16/papel-de-la-enfermeria-en-la-sedoanalgesia-del-paciente-critico>
121. Quintero Carreño Valeria, Martínez Vásquez Catalina, Agámez Insignares Claudia. Sedación paliativa en enfermedad terminal. *rev.colomb.cancerol.* [Internet]. marzo de 2022 [consultado el 15 de julio de 2024]; 26(1): 3-13. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152022000100003&lng=en.

122. Saiz González L. Eutanasia & Enfermería. 2020 [citado 20 de julio de 2024]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/41938>
123. MSP. El Universo. 2024 [citado 20 de julio de 2024]. Eutanasia en Ecuador: reglamento del MSP se publicó en Registro Oficial este viernes, 12 de abril. Disponible en: <https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/eutanasia-ecuador-reglamento-msp-publico-registro-oficial-viernes-12-de-abril-nota/>
124. Mejía R, et al. Evaluación de la calidad de los servicios de cuidados paliativos domiciliarios: revisión de la literatura. Rev Colomb Enferm. 1 de diciembre de 2020;19(3):e025. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7676178>
125. Contreras Martínez A, Lastanao Cortés C, Varga Rodríguez L, Mérida Donoso A, Elguea Sarto L, Cambra Linés MP. Cuidados proactivos en el paciente al final de la vida cuidados paliativos en domicilio. Rev Sanit Investig. 2021;2(4):35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8055576>
126. Picado J, et al. Necesidades de atención en cuidado paliativo de Costa Rica según provincia. Acta med. costarricense [Internet]. Junio de 2021 [consultado el 15 de junio de 2024]; 63(2): 113-121. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022021000200113&lng=en.
127. Curbelo P. Guía de práctica clínica de EPOC. Cátedra de Neumología [Internet]. 2022 [20 Junio de 2024]56. Disponible en: <https://www.neumologia.edu.uy/guia-de-practica-clinica-de-epoc/>
128. TORTOLERO LESSIEUR L, NEGROE ORTEGA O, MOYA TORRES MAEDC. LA IMPORTANCIA DEL CUIDADOR PRIMARIO [Internet] [Tesina]. [Mexico]: Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.; 2019. Disponible en: <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/296%20la%20importancia.pdf>
129. Sánchez JE. Cuidador primario: parte clave del programa de Cuidados Paliativos – CSS Noticias [Internet]. Noticias Caja de Seguro Social. 2020 [citado 20 de julio de 2024]. Disponible en: <https://prensa.css.gob.pa/2020/10/13/cuidador-primario-parte-clave-del-programa-de-cuidados-paliativos/>
130. Tinoco J, et al. Intervenciones enfermeras para disminuir la sobrecarga de cuidadores informales. Revisión sistemática de ensayos clínicos. Enferm Glob. 2022;21(68):562-86. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000400018
131. Quirós Martín J. INTERVENCIÓN ENFERMERA CON EL PACIENTE TERMINAL Y SU ENTORNO FAMILIAR [Internet] [Tesis]. Universidad de Valladolid; 2021. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47809/TFG-H2275.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo 1

Figura 3: Algoritmo de búsqueda bibliográfica



Anexo 2

Tabla 2. Principales manifestaciones funcionales y cuidados paliativos de enfermería a domicilio para pacientes con EPOC en fase avanzada

Autores	Tipo de Estudio	Categoría de Estudio <u>Manifestaciones</u> <u>Funcionales</u>	Criterio de Autores	Cuidados de Enfermería a domicilio en pacientes con EPOC fase avanzada
De Miguel J, et al ⁽⁷⁸⁾ (2019) Fernández, M ⁽⁷⁹⁾ (2020), Estupiñan . M ⁽⁸⁰⁾ (2023).	Documental Descriptivo	DOLOR	De acuerdo con los autores el dolor crónico en la EPOC es uno de los síntomas más comunes en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica a consecuencia de comorbilidades preexistentes, efectos sistémicos de la propia enfermedad, hiperextensión de la caja torácica y dolores causados por fatiga muscular. El dolor tiene prevalencia del 32%-94%. En estado avanzado de la enfermedad este dolor puede parecer en múltiples locaciones incluyendo cuello y tronco y la intensidad guarda relación con el nivel de disnea ⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾ .	<p>No Farmacológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar las funciones vitales del organismo. - Valorar las características del dolor: según su patogenia, localización, tipo, cualidad, frecuencia, intensidad y según la farmacología⁽⁸²⁾. - Aplicar las diferentes escalas de valoración analógico del dolor como: <ul style="list-style-type: none"> EVA (<i>escala visual analógica</i>) EN (<i>escala numérica verbal</i>) EVS (<i>escala verbal simple</i>) EFF (<i>escala de expresiones faciales</i>)⁽⁸³⁾. BPS (<i>Behavioral Pain Scale</i>) para los pacientes que se encuentran sedados⁽⁸⁴⁾. - Brindar comodidad y confort al paciente⁽⁸²⁾. - Escuchar las quejas de los pacientes. - Estar atentos a las señales del dolor que experimente el paciente para proceder a su temprana atención. - Aplicar el tacto terapéutico. - Mantener conversaciones con los pacientes para disminuir su enfoque en el dolor que presentan. - Utilizar musicoterapia: disminuye el dolor crónico, la angustia emocional y la ingesta de opioides y no-opioides. - Emplear la meditación: mejora significativa en la angustia psicológica y la salud general autoevaluada. - Realizar masajes superficiales, técnicas de respiración, prácticas espirituales, modificación del ambiente (como bajar la luz y el ruido). - Realizar cambios de posición - Aplicar de calor y frío en las zonas que presentan dolor⁽⁸⁷⁾. <p>Farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar la <i>escala analgésica de la OMS</i> bajo prescripción médica: <ul style="list-style-type: none"> Primer escalón: Aines, Paracetamol y Metamizol. Segundo escalón: Opioides débiles.

				<p>Tercer escalón: Los opiáceos potentes⁽⁸¹⁾.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informar al paciente y familiares acerca del tratamiento analgésico y probables efectos secundarios. -Administrar bajo prescripción los siguientes medicamentos como: Paracetamol: 0.5-1 g/4-8 h. Máx 6 g/día, AAS y derivados: 0.5-1 g/4-6 h. Máx 6 g/día y Metamizol: 0.5-2 g/4-8 h. Máx 8 g/día. Derivados del ácido propiónico: naproxeno 250-500 mg/12 h, ibuprofeno 200-600 mg/ 6 h y ketoprofeno 50-100 mg/8 h. Derivados del ácido acético: indometacina 25 mg/8 h, ketorolaco 10 mg/6 h y diclofenaco 50 mg/8 h. Opioides débiles: Codeína 60 mg/4 h. Máx 240 mg/ día, Dihidrocodeína: 60-120mg/12 h. Máx 240 mg/ día, Tramadol: 50-100 mg/6-8 h vo,sc o iv. Máx. dosis 400 mg/día y Morfina: 5- 10mg c/4h -Realizar el proceso de farmacovigilancia⁽⁸⁵⁾. <p>Sedación Paliativa</p> <ul style="list-style-type: none"> -Administrar morfina de manera intermitente intravenosa (IV) en dosis de 2 a 4 mg cada 1 a 2 horas o en una infusión continua de 2 a 15 mg /hora⁽⁸⁶⁾.
<p>Costa X, et al⁽⁴⁹⁾ (2019) Cabal et al⁽⁵¹⁾ (2022) Dávila L⁽¹⁸⁾ (2019) Borsini et al⁽⁸⁹⁾ (2023) Estupiñan M⁽⁹⁰⁾ (2023)</p>	<p>Documental Cualitativo observacional</p>	<p>DISNEA</p>	<p>La mayoría de los autores concuerdan que la disnea es la limitación o disminución del flujo aéreo. La disnea de esfuerzo en la EPOC es omnipresente y progresiva, presentándose por lo general en estadios avanzados de la enfermedad incluso en reposo. Es un síntoma que conlleva más visitas a urgencias hospitalarias debiéndose tratar sus posibles causas desencadenantes, como la broncoconstricción, el derrame pleural y el exceso de secreciones^(49,51,18,89).</p>	<p>No farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tranquilizar al paciente y disminuir su ansiedad. - Enseñar técnicas de respiración controlada y diafragmática para ayudar al paciente a manejar episodios de disnea. - Enseñar la técnica de espiración forzada que consiste en empañar un espejo. -Indicar sobre técnicas de reeducación respiratoria como la respiración de labios fruncidos. - Mantener un ambiente tranquilo, bien ventilado y fresco para ayudar a reducir la sensación de disnea. - Proporcionar apoyo emocional y psicológico para ayudar al paciente y a la familia a manejar el estrés y la ansiedad que pueden agravar la disnea. - Realizar actividades de acuerdo a la condición del paciente intercalando descansos. - Colocar ventiladores en movimiento en la zona facial de los pacientes con EPOC para mejorar la disnea o abrir ventanas para mejorar la circulación del aire.

				<ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente en posición Fowler o Semi Fowler para mejorar la ventilación. -Realizar ejercicios de vibración de la pared torácica (tapotaje), ayudando a desprender las secreciones y mejorar la disnea en reposo. - Es importante educar al paciente y a su familia para que puedan reconocer los episodios de disnea⁽⁹³⁾. <p>Farmacológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar broncodilatadores: agonistas β_2 y anticolinérgicos de larga duración. - Bajo prescripción médica suministrar furosemida nebulizada en emergencia. - Usar opioides en pacientes con EPOC que tienen patologías oncológicas asociadas: morfina de elección, 1-2mg/día de liberación rápida o 5mg/12h de acción prolongada, la dosis inicial es de 2,5-5 mg/4h de liberación rápida⁽⁹⁰⁾. -Informar al paciente el procedimiento a realizar. -Ubicar al paciente en una posición que favorezca la permeabilidad de la vía aérea. - Administrar bajo indicación médica oxigenoterapia continua domiciliaria. - Aplicar bajo prescripción médica oxígeno a concentraciones mayores que las ambientales hasta alcanzar una saturación de 88-92% por cánula nasal o máscara tipo Venturi. Este objetivo se logra usualmente con 0.5-2L de oxígeno por minuto con cánula nasal. -Vaciar agua en el humidificador (aproximadamente la mitad). -Conectar el humidificador a la fuente de oxígeno. -Alistar la cánula nasal. -Introducir los vástagos de la cánula en los orificios nasales, fijándolos de la forma más cómoda para evitar irritación de la mucosa. -Ajustar el flujómetro de oxígeno según prescripción. -Comprobar la salida de O₂ por los vástagos de la cánula. -Vigilar que el paciente respire por la nariz y no por la boca. -Limpiar y humedecer la nariz del paciente si precisa. -Garantizar la higiene y permeabilidad de las narinas de las vías aéreas altas. -Asegurar el confort del paciente⁽⁹¹⁾.
--	--	--	--	---

				<p>-Administrar la dosis inicial de midazolam IV es de 2,5 mg en bolo y si es eficaz se puede continuar con una perfusión de 0,4 mg qh (10 mg/24h), que alivia la ansiedad sin producir pérdida de conciencia. Esta puede ser administrada de forma subcutánea sin que se modifique su cinética.</p> <p>-Realizar el proceso de farmacovigilancia⁽⁹²⁾.</p> <p>Sedación Paliativa</p> <p>-Administrar midazolam (por vía subcutánea) según prescripción médica:</p> <p>-En pacientes muy frágiles o sin antecedentes de uso de BZD: Dosis inicial en ICSC: 15-30 mg en 24 horas (0.5 - 1 mg/h) En caso de no contar con infusión continua habitualmente se administran bolos de 2.5-5 mg c/4hrs 15</p> <p>-En pacientes con antecedentes de uso previo de BZD: Dosis inicial en ICSC: 30-120 mg en 24 horas (1-5 mg/h) En caso de no contar con infusión continua habitualmente se administran bolos de 5-20 mg c/4hrs⁽⁹⁴⁾.</p>
<p>Delgado N, et al⁽¹⁹⁾ (2019)</p> <p>Borsini E, et al⁽⁸⁹⁾ (2023)</p>	<p>Descriptivo Documental</p>	<p>TOS Y ESPECTORACIÓN</p>	<p>Los autores señalan que la tos es un síntoma común y potencialmente devastador en la EPOC debido a que priva a los pacientes de sus horas de descanso y sueño, incrementando la sensación de angustia en ellos y en sus familiares. Es un mecanismo complejo y reflejo que se activa para facilitar el intercambio pulmonar de gases, cuando se manifiesta es constante y empeora progresivamente con los años, su presencia aumenta por la mañana y suele ser productiva. La tos aparece por gran cantidad de mucosidad (esputo) en los pulmones y como consecuencia de la destrucción de los cilios y de la actividad mucociliar^(19,89).</p>	<p>No Farmacológico</p> <p>-Verificar las características de la tos: frecuencia, intensidad, presencia de dolor (seca, productiva, color verde, amarilla, con sangre, >30 ml al día) esto podría deberse a una exacerbación.</p> <p>-Aplicar la <i>escala de Servera</i> o el <i>cuestionario de evaluación de tos y esputo (CASA-Q)</i>.</p> <p>-Vigilar la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y otros signos vitales para evaluar el estado respiratorio del paciente.</p> <p>-Identificar si la tos está asociada con dolor torácico o de garganta y manejarlo adecuadamente.</p> <p>-Fomentar la ingesta de líquidos para ayudar a mantener las secreciones respiratorias menos viscosas y más fáciles de expectorar considerando el estado del paciente.</p> <p>-Realizar técnicas de fisioterapia respiratoria como la percusión y vibración para ayudar a movilizar las secreciones (tapotaje).</p> <p>- Realizar la aspiración de secreciones si el paciente no puede expectorar adecuadamente.</p> <p>- Brindar apoyo emocional al paciente para manejar la ansiedad y el estrés asociados con la tos crónica y la dificultad respiratoria⁽⁹⁵⁾.</p> <p>Farmacológicas</p>

				<p>-Administrar bajo prescripción médica codeína (15 mg a dosis creciente hasta un máximo de 60 mg/6 horas), gabapentina o pregabalina, iniciando con dosis bajas (75 mg/día) y aumentando según respuesta/tolerancia hasta 300 mg/día.</p> <p>-Suministrar antitusígenos no narcóticos como el dextrometorfano: 10-30 mg/4-8 h (VO), en caso de tos no productiva, opiáceos como la codeína y morfina Si hay tos asociada a dolor, usar de elección codeína a dosis de 30 mg/4-6h vo o morfina 5 mg/ 4h vo.</p> <p>-Administrar nebulizaciones con broncodilatadores según indicación para mantener la permeabilidad de las vías aéreas, liquidificar las secreciones y permitir mejor intercambio de gases.</p> <p>-Realizar el proceso de farmacovigilancia⁽⁹⁵⁾.</p>
<p>Jarrín M. Rodríguez S⁽⁵²⁾.(2023)</p> <p>De Miguel J, et al⁽⁷⁸⁾ (2019)</p>	Documental	FATIGA	<p>Los autores concuerdan que la fatiga es causada por la disminución de volumen de oxígeno derivado a su vez de la baja capacidad respiratoria y se define como un intenso cansancio físico y psicológico que no se alivia al dormir o descansar, muchas veces es más intensa que la disnea siendo este síntoma predominante en la EPOC de fase avanzada^(52,78).</p>	<p>-Evaluar y manejar eficazmente el dolor del paciente, ya que el dolor no controlado puede aumentar la sensación de fatiga.</p> <p>-Manejar síntomas como la disnea y el insomnio, que pueden contribuir a la fatiga.</p> <p>-Informar al paciente y a la familia sobre la naturaleza de la fatiga en la fase avanzada de la enfermedad y las estrategias para manejarla.</p> <p>-Utilizar terapias complementarias como la oxigenoterapia según lo indicado.</p> <p>-Instruir al paciente y a la familia de informar al profesional sanitario si los síntomas de fatiga persisten⁽⁹⁶⁾.</p> <p>-Realizar evaluaciones periódicas del nivel de fatiga del paciente mediante la <i>escala Borg</i> y ajustar las intervenciones según sea necesario⁽⁹⁷⁾.</p>
<p>Borrazás M. et al⁽⁹⁸⁾ (2019)</p> <p>Bejarano M, et al⁽⁹⁹⁾. (2019)</p> <p>Fabrellas N, et al⁽¹⁰⁰⁾ (2019)</p>	Observacional Documental	ANOREXIA	<p>Los autores manifiestan que la pérdida de peso se debe a síntomas como dificultad respiratoria, fatiga y sensación de plenitud, al presentarse una disfunción músculo esquelética, se debe a una limitada capacidad de actividad física que disminuye la calidad de vida del paciente con EPOC avanzada. Además, la anorexia causa una reducción considerable de grasa subcutánea, disminuyendo el acolchonamiento natural de la piel y</p>	<p>- Realizar evaluaciones nutricionales frecuentes para monitorear el estado nutricional del paciente, incluyendo el índice de masa corporal (IMC), la pérdida de peso y la ingesta alimentaria⁽⁹⁸⁾.</p> <p>- Manejar adecuadamente el dolor, ya que el dolor no controlado puede reducir el apetito y dificultar la alimentación.</p> <p>- Realizar un seguimiento continuo del estado nutricional del paciente y ajustar las intervenciones según sea necesario para asegurar que se mantengan o mejoren los niveles nutricionales⁽¹⁰⁰⁾.</p> <p>Cuidados de la piel (NIC)</p> <p>- Controlar el color, la temperatura, humedad y el aspecto de la piel circundante.</p> <p>- Evaluar la turgencia y movilidad cutáneas.</p>

			elevando el riesgo de úlceras por presión y lesiones ⁽⁹⁸⁻¹⁰⁰⁾ .	-Realizar cambios de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. -Enseñar a los miembros de la familia o cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda ⁽¹⁰²⁾ .
De Miguel J, et al ⁽⁷⁸⁾ (2019) D'Hyver. C ⁽¹⁰³⁾ (2018)	Documental	TRASTORNOS DEL SUEÑO	Los autores indican que la presencia de fatiga afecta al sueño del paciente. Este problema se relaciona con un síndrome de apneas, hipopneas y desaturaciones nocturnas. Además, se calcula que al menos el 40% de las personas con EPOC en fase avanzada experimentan trastornos del sueño ^(78,103) .	No farmacológico -Mantener períodos prolongados de sueño fisiológico. -Evitar el ruido y modular la intensidad de la luz, en especial durante la noche. - Mantener el confort del paciente e implementar medidas anti-escaras. - Eliminar alarmas de las máquinas conectadas al paciente para evitar la interrupción del sueño. - Evitar despertar al paciente innecesariamente luego de conciliar el sueño. - Preservar la oscuridad durante la noche. - Reducir la ingesta de líquidos durante la noche y estimulantes como la cafeína. - Limitar las visitas en la habitación por lo general en la tarde y noche ⁽¹⁰⁵⁾ . Farmacológico -Utilizar antidepresivos, antagonistas del receptor de la melatonina y en casos puntuales benzodiazepinas o zolpidem, bajo prescripción médica. -Administrar mirtazapina ya que es útil en pacientes con depresión o ansiedad y en aquellos con problemas de insomnio, debido a su efecto sedante. -Realizar el proceso de farmacovigilancia ⁽¹⁰⁴⁾ .

Tabla 3. Principales manifestaciones psicológicas y cuidados paliativos de enfermería a domicilio para pacientes con EPOC en fase avanzada

Autores	Tipo de Estudio	Categoría de Estudio <u>Manifestaciones Psicológicas</u>	Criterio de Autores	Cuidados de Enfermería a domicilio en pacientes con EPOC fase avanzada
<p>Campo A. et al⁽¹⁰⁶⁾ (2021)</p> <p>De Miguel J. et al⁽⁷⁸⁾ (2019)</p> <p>Castro V. et al⁽¹⁰⁷⁾ (2019)</p>	<p>Analítico transversal. Documental Descriptivo</p>	<p>ANSIEDAD Y DEPRESIÓN</p>	<p>Los autores concuerdan que los pacientes con EPOC enfrentan mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad, surgiendo un deterioro notable de la calidad de vida, ya que el estar estresado o deprimido se pueden exacerbar los síntomas y aumentar la mortalidad. Estos síntomas predominan en el sexo femenino^(106,78,107).</p>	<p>No Farmacológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar una evaluación integral del estado emocional y mental del paciente al ingreso y durante el seguimiento, utilizando herramientas estandarizadas como el <i>Inventario de Depresión de Beck</i> y la <i>Escala de Ansiedad de Hamilton</i>⁽¹⁰⁸⁾. -Proporcionar un ambiente seguro y de apoyo donde el paciente se sienta cómodo expresando sus miedos, preocupaciones y sentimientos acerca de su enfermedad y su pronóstico. -Realizar preguntas que animen al paciente a expresar sus sentimientos, pensamientos y preocupaciones, prestando atención a las palabras evitadas y los mensajes no verbales como fruncir el ceño, morderse los labios, entre otros. -Educar al paciente y a su familia sobre la relación entre la enfermedad pulmonar crónica, la ansiedad y la depresión, y cómo estos factores pueden influenciarse mutuamente. -Considerar el uso de terapias complementarias como la aromaterapia, la musicoterapia o la terapia ocupacional para mejorar el bienestar emocional y reducir la ansiedad y la depresión⁽¹¹⁰⁾. - Aplicar el tacto terapéutico⁽⁸⁸⁾. -Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. -Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. -Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.

				<p>-Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación⁽¹⁰²⁾.</p> <p>Farmacológicos</p> <p>-Administrar bajo prescripción médica inhibidores de la recaptación de serotonina e inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina.</p> <p>Diazepam: 2,5-5 mg IV/8-12 h</p> <p>Lorazepam: 0,5-2 mg IV, acción rápida 2 a 3 veces al día.</p> <p>-Realizar el proceso de farmacovigilancia⁽¹⁰⁹⁾.</p>
--	--	--	--	---

Tabla 4. Principales manifestaciones sociales y cuidados paliativos de enfermería a domicilio para pacientes con EPOC en fase avanzada

Autores	Tipo de Estudio	Categoría de Estudio <u>Aspectos Sociales</u>	Criterio de Autores	Cuidados de Enfermería a domicilio en pacientes con EPOC fase avanzada
Costa X, et al ⁽⁴⁹⁾ (2019) Diéguez A, et al ⁽³⁷⁾ (2019)	Documental Descriptivo	 AISLAMIENTO Y EXCLUSIÓN 	Según los autores, la EPOC provoca déficits funcionales que llevan al paciente a un aislamiento social y reclusión obligada restringiendo el acceso a actividades de recreación, lo cual repercute en la vida social generando conductas de auto marginación y evitando el contacto social. Los cambios físicos como la disnea constante que dificulta el habla y la conversación, la deambulación dificultosa o asistida y los dispositivos portátiles de administración de oxígeno, repercuten sobre la imagen social de los pacientes, por lo que resulta un desafío salir de casa debido a la misma enfermedad ^(49,37) .	-Educar a los pacientes sobre la aceptación de la enfermedad ya que ayuda a controlar mejor las crisis de disnea y que los síntomas depresivos sean menores. -Comunicarse con el paciente para que evite ocultar sus necesidades emocionales y espirituales. -Demostrar empatía, calidez y sinceridad con el paciente y la familia ⁽¹¹¹⁾ . - Aplicar el tacto terapéutico ⁽⁸⁸⁾ . -Relacionar la enfermedad y el sufrimiento con aspectos positivos como el amor, la esperanza, la confianza y el perdón ⁽¹¹²⁾ .
Gallardo R, et al ⁽¹¹³⁾ (2021) Filipovich E, et al ⁽⁶⁶⁾ (2023)	Descriptivo Transversal	 RELIGIÓN Y ESPIRITUALIDAD 	Los autores manifiestan que el propósito de brindar atención espiritual en los cuidados paliativos es abordar la sensación de soledad que acompaña a la enfermedad, así como proporcionar apoyo a los familiares y cuidadores para encontrar consuelo y	-Realizar una evaluación integral de las necesidades espirituales y religiosas del paciente utilizando herramientas como el <i>HOPE Questions</i> o el <i>FICA Spiritual History Tool</i> .

			<p>fortaleza en momentos de sufrimiento, esta dimensión espiritual tiene un impacto positivo en el bienestar mental, la salud física y la calidad de vida de los pacientes. La religión apoya a la persona a vivir la espiritualidad, a través de una determinada visión de nuestro origen, de Dios y de entender la vida buena, en momentos de estrés las personas suelen buscar apoyo en la fe mediante la oración, ayudando a encontrar el sentido de su existencia^(113,66).</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Preguntar sobre las creencias espirituales o religiosas del paciente, sus prácticas habituales y cualquier preocupación espiritual que pueda tener. -Practicar la escucha activa y mostrar empatía hacia el paciente. -Crear un espacio seguro donde el paciente se sienta cómodo compartiendo sus pensamientos y experiencias espirituales. -Ofrecer presencia constante y acompañamiento, brindando apoyo emocional y espiritual simplemente estando presente y disponible para el paciente. -Acompañar al paciente en momentos de oración, meditación o reflexiones espirituales si así lo desea⁽¹¹⁴⁾. -Facilitar el acceso a líderes religiosos, capellanes o consejeros espirituales, para proporcionar apoyo espiritual y realizar sacramentos si el paciente lo desea. -Asegurarse de que el paciente tenga los elementos necesarios para realizar sus prácticas religiosas, como rosarios, cruces, libros de oraciones, etc. -Capacitar al cuidador y familiares sobre la importancia de la espiritualidad en los cuidados paliativos y cómo abordar las necesidades espirituales de los pacientes. -Promover la comprensión cultural y religiosa para proporcionar un cuidado respetuoso y sensible. -Proporcionar apoyo espiritual y emocional a los familiares del paciente, reconociendo su papel crucial en el cuidado y el bienestar del paciente⁽¹¹⁵⁾.
--	--	--	--	---

Tabla 5. Principales manifestaciones éticas y cuidados paliativos de enfermería a domicilio para pacientes con EPOC en fase avanzada

Autores	Tipo de Estudio	Categoría de Estudio <u>Aspectos Éticos</u>	Criterio de Autores	Cuidados de Enfermería a domicilio en pacientes con EPOC fase avanzada
Forero J, et al ⁽¹¹⁶⁾ (2019) Bejarano M, et al ⁽⁹⁹⁾ (2019)	Documental Descriptivo	VOLUNTADES ANTICIPADAS	Los autores manifiestan que la voluntad anticipada es un documento escrito en la que el paciente expresa las decisiones con respecto a su enfermedad terminal. De esta manera se asegura el respeto, la autonomía y la libertad para decidir, gestionando legalmente la muerte digna, cumpliendo con la última voluntad del paciente. Es obligación del personal de la salud, no solo respetar la autonomía del paciente, sino también tener una mayor obligación de proteger a los pacientes vulnerables ^(116,99) .	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer la legislación vigente de las voluntades anticipadas. - Asegurarse que la familia comprenda la importancia que tiene las Decisiones de Voluntades Anticipadas (DVA) en caso de que el paciente por su deteriorado estado de salud no pueda elegir. - Colaborar a quien redacte el documento dando información sobre los estados de salud, absteniéndose siempre de condicionar o coaccionar las decisiones de la persona y proporcionar información sobre las VA. - Valorar la capacidad de quien realiza el documento de Voluntades Anticipadas (DVA), para comprobar si la información fue comprendida, actúa libremente sin coacción y comprende las consecuencias asociadas. -Capacitarse sobre el objetivo y el proceso legal de elaboración de este documento para explicar e informar a la familia sobre la finalidad de las voluntades anticipadas⁽⁷⁶⁾. - Asegurar que el documento de voluntades anticipadas se incluya en la historia clínica, con un distintivo bien visible, para que todo el equipo de salud conozca de la existencia de este documento legal⁽¹¹⁷⁾.
Acedo C, et al ⁽¹¹⁸⁾ (2021) Prieto C, et al ⁽⁸⁶⁾ (2021)	Documental	SEDACIÓN PALIATIVA	Según los autores, la sedación paliativa proporciona al paciente y su familia la oportunidad de controlar síntomas refractarios insoportables, mediante la administración de fármacos prescritos, ayudando a reducir el sufrimiento físico y psicológico del paciente. Dentro de los síntomas que requieren manejo con mayor frecuencia está la disnea. Una vez iniciada la sedación, se debe hacer seguimiento, vigilando los signos vitales y el nivel del estado de consciencia ^(118,86) .	<p>No Farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Asegurar que el paciente y su familia comprendan los objetivos, procedimientos y efectos de la sedación paliativa. - Preparar y administrar según prescripción los medicamentos recomendados como los barbitúricos y las benzodiazepinas siendo el fármaco de elección el midazolam. - Realizar un control continuo de los signos vitales del paciente y los niveles de sedación con las herramientas específicas (Ramsay)⁽⁸⁶⁾. -Proporcionar apoyo emocional y psicológico a la familia del paciente, explicando el proceso de sedación, el efecto y el alivio de los síntomas refractarios. - Aplicar la Escala de Ramsay para evaluar el nivel de sedación del paciente⁽¹¹⁹⁾.

				<p>-Documentar detalladamente en la historia clínica todas las intervenciones, medicamentos administrados y efecto terapéutico.</p> <p>-Mantener una comunicación abierta, honesta y responder a las preguntas y preocupaciones de la familia.</p> <p>-Mantener registros precisos para asegurar la continuidad del cuidado y cumplir con los estándares legales y éticos.</p> <p>-Estar preparado para manejar complicaciones potenciales de la sedación, como depresión respiratoria o reacciones adversas a los medicamentos.</p> <p>-Consultar con el comité de ética cuando sea necesario y respetar las decisiones del paciente y la familia en todo momento.</p> <p>-Acompañar a los pacientes y familiares en el proceso legal y médico subordinándose a la voluntad del paciente⁽¹²⁰⁾.</p> <p>Farmacológica</p> <p>-Administrar bajo prescripción médica los fármacos de elección en la sedación paliativa que son:</p> <p>-Benzodiacepinas (midazolam). Neurolépticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina). Anticonvulsivantes (fenobarbital). Anestésicos (propofol).</p> <p>Primer escalón: midazolam, en general como primera opción. Aunque en el caso del paciente con delirium refractario, el fármaco de elección será la levomepromazina. La clorpromazina también es una primera opción válida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El segundo escalón: combinación de midazolam con levomepromazina o clorpromazina intravenosa. • El tercer escalón: se pautará fenobarbital si el paciente está en su domicilio o propofol si permanece en el hospital⁽¹²¹⁾.
--	--	--	--	---

Tabla 6. Cuidados de Enfermería para el Cuidador del Paciente con EPOC en fase avanzada a domicilio

AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	CRITERIO DE AUTORES	CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADOR
Tortolero L, et al ⁽¹²⁸⁾ (2019)	Documental	Los autores plantean que los cuidadores son personas que experimentan sobrecarga durante el cuidado al enfermo, llevando consecuencias a nivel físico, psicológico y socioeconómico. El cuidado de una persona en estado terminal implica ajustes en la vida del cuidador, a tal modo que se verá obligado a poner en segundo plano los propios intereses y necesidades, esto resulta en la aparición de estrés, ansiedad, irritabilidad y trastornos del sueño. La sobrecarga del cuidador es un evento complejo, para lo cual se recomienda establecer una red de apoyo social para ayudar con la carga emocional y física ⁽¹²⁸⁾ .	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicar la <i>escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT</i>. - Realizar visitas domiciliarias educativas al cuidador y familia con el fin de enseñar a delegar funciones a otros miembros que le puedan sustituir en la asistencia al paciente con EPOC y de esta manera optimizar el tiempo para otras actividades y el autocuidado. -Ofrecer apoyo tanto emocional como psicológico para ayudar a manejar el estrés y las emociones negativas con el fin de evitar la sobrecarga⁽¹³⁰⁾. -Orientar a los cuidadores sobre técnicas de relajación y manejo del estrés, como es la meditación y la terapia de respiración, que contribuyen a disminuir la ansiedad. -Recomendar la importancia de frecuentar grupos de apoyo para cuidadores donde puedan compartir experiencias. -Valorar la calidad de vida del cuidador por lo que es importante que monitorear periódicamente los descansos, la calidad del sueño, la dieta, el bienestar físico emocional.
Sánchez. J ⁽¹²⁹⁾ (2020)	Documental	El autor plantea que los cuidadores de pacientes terminales son la pieza clave de los CP debido a que el paciente pierde su autonomía y toda la responsabilidad cae sobre el cuidador, siendo la persona más cercana al paciente. Es esencial que cada cuidador principal se esfuerce por alcanzar la mejor calidad de vida posible a través de programas de apoyo técnico y emocional ⁽¹²⁹⁾ .	<ul style="list-style-type: none"> -Respaldarlo en el cumplimiento de su rol⁽¹³¹⁾. -Aplicar el tacto terapéutico⁽⁸⁸⁾.

Tabla 7. Beneficios de la atención de enfermería a domicilio del paciente en cuidados paliativos.

AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	CRITERIO DE AUTORES	BENEFICIOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO EN ATENCION PRIMARIA
Guerrero D ,et al ⁽¹²²⁾ (2019)	Cuanti-cualitativo de investigación acción-participante.	Para los autores los cuidados paliativos domiciliarios se fundamentan en actividades de enfermería encaminadas a promover, mantener y recuperar la dignidad y totalidad del ser. Debido al estado de los pacientes que requieren cuidados paliativos, la atención en el hogar ofrece una oportunidad para que se sientan en armonía con su entorno familiar, lo cual es un lugar ideal para recibir cuidados ⁽¹²²⁾ .	En los CP domiciliarios existe una mejora en la calidad de vida del paciente y sus allegados, además, brindan bienestar espiritual contribuyendo a la disminución de la depresión. Tanto el paciente como su familia reciben atención personalizada y existe una reducción en los costos a comparación de los centros hospitalarios ⁽¹²²⁾ .
Hernández A ⁽¹²³⁾ (2018)	Descriptivo, revisión bibliográfica	Los autores mencionan que los cuidados paliativos domiciliarios se enfocan en mejorar la calidad de vida de los pacientes y sirven de apoyo a las familias que afrontan los problemas de una enfermedad. El objetivo principal de los cuidados paliativos es conseguir, apoyar, conservar y mejorar la máxima calidad de vida posible ⁽¹²³⁾ .	Los cuidados paliativos domiciliarios ofrecen al paciente y familia varios beneficios como: permite la expresión de sentimientos, la cercanía con su entorno, contribuye a la salud física y mental del paciente y cuidador, reduce los costos económicos para los familiares y favorece en la autonomía del profesional enfermero ⁽¹²³⁾ .
González M, et al ⁽⁷⁷⁾ (2022)	Descriptivo	Los autores señalan que los Cuidados Paliativos cubren las necesidades biopsicosociales del enfermo terminal, incluyendo la atención al conjunto familiar. El aumento de enfermedades sin proceso curativo convierte a estos cuidados en un problema de Salud Pública. Estos pueden ser dispensados desde el primer nivel asistencial, y las enfermeras de Atención Primaria son las responsables de ofrecerlos ⁽⁷⁷⁾ .	Los cuidados paliativos en el hogar ofrecen beneficios, como una mayor comodidad e intimidad para el paciente y la familia, un trato personalizado por los profesionales de la salud y la reducción de hospitalizaciones frecuentes. Además, permite que la enfermedad y el proceso de morir se vivan en un entorno familiar, lo que se convierte en un momento íntimo con la presencia de seres queridos ⁽⁷⁷⁾ .

Mejía R, et al ⁽¹²⁴⁾ (2020)	Revisión sistemática de literatura	Mencionan que los cuidados paliativos domiciliarios son una alternativa de atención deseada tanto por el paciente como por la familia, ya que se centran en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente ⁽¹²⁴⁾ .	Los autores apoyan la domiciliación de los cuidados paliativos, ya que el paciente se encuentra en su entorno de confort, lo que aporta tranquilidad tanto a él como a su familia, permitiendo al personal de enfermería trabajar con mayor autonomía ⁽¹²⁴⁾ .
Contreras A, et al ⁽¹²⁵⁾ (2021)	Revisión literaria	Para los autores los cuidados paliativos domiciliarios son la atención específica e integral que deben recibir la familia y los pacientes en estados avanzados de su enfermedad. Deben estar centrados en los aspectos somáticos, espiritual, psicosocial y no en la enfermedad como tal ⁽¹²⁵⁾ .	La implementación de cuidados paliativos en el hogar ofrece ventajas no solo para el paciente y su familia, sino también para el sistema de salud, esta práctica ayuda a evitar hospitalizaciones prolongadas, reduciendo así los altos costos hospitalarios, como otro beneficio es que el paciente se encuentra cómodo al estar rodeado de sus seres queridos, disminuyendo la sensación de soledad ⁽¹²⁵⁾ .