



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERÍA.

Trabajo Fin de Grado.

Cuidados Paliativos.

Preferencia del lugar de la
muerte al final de la vida.



Nombre alumno: María Dolores Sánchez López.

Nombre director: Manuel Casalilla Cámara.

Mayo, 2014.

Universidad de Jaén. Facultad del Ciencias de la Salud.

Trabajo Fin de Grado.

CUIDADOS PALIATIVOS. PREFERENCIA DEL LUGAR DE MUERTE AL FINAL DE LA VIDA.

Alumna: María Dolores Sánchez López

Tutor de TFG: D. Manuel Cazalilla Cámara.

En Jaén a 2 de Mayo del 2014

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Dolores Sánchez López', is written over a horizontal line. The signature is somewhat stylized and partially enclosed by a circular scribble.

INDICE

| | |
|---------------------------------|---------|
| 1. Resumen/Abstract | Pag.4 |
| 2. Introducción..... | Pág. 6 |
| 3. Objetivos..... | Pág. 14 |
| 3.1 Objetivo principal | |
| 3.2 Objetivo secundarios | |
| 4. Metodología..... | Pag.15 |
| 4.1 Medline | |
| 4.2 Pubmed | |
| 4.3 Scielo | |
| 4.4 Google Académico | |
| 4.5 Cuiden | |
| 4.6 La biblioteca Cochrane Plus | |
| 4.7 Cinhals | |
| 5. Resultados | Pag.19 |
| 6. Discusión..... | Pag.25 |
| 7. Bibliografía..... | Pág.27 |
| 8. Anexos..... | Pág.32 |

Resumen

Introducción: Los cuidados paliativos se han convertido en la actualidad en uno de los principales retos de la enfermería, dada la gran esperanza de vida y las enfermedades degenerativas. La elección del paciente sobre donde pasar la última etapa de su vida debe ser primordial. Ya que para él y su familia esto representa la calidad de vida y puede ser menos traumático.

Objetivos: Describir el lugar de muerte que prefieren las personas que reciben cuidados paliativos al final de la vida, así como los beneficios de la atención domiciliaria y el papel de la familia al final de la vida.

Método: Se ha realizado un estudio descriptivo, realizando una revisión bibliográfica de distintas bases de datos, como son: Medline, Pubmed, Scielo, Google Académico, Cuiden, La biblioteca Cochrane Plus, Cinhals. Se consultaron también las distintas publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, las estrategias en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, así como la información aportada en la página web de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados: Se han seleccionado 23 estudios, que demuestran la preferencia del paciente a morir en el hogar tanto en España como en otros países, condicionado por la presencia de un cuidador informal. También habla sobre el papel del cuidador informal y las consecuencias que conlleva.

Conclusiones: La búsqueda ha proporcionado evidencia suficiente que ha servido para mejorar los conocimientos sobre los deseos del paciente en la preferencia del lugar donde morir, así como los beneficios que se obtiene en la atención domiciliaria y cuáles son las razones por las que el paciente después de la decisión de morir en el hogar, vuelve y muere en el hospital. También ha servido para saber la situación del cuidador informal ante la decisión de cuidar a una persona en estado terminal.

Palabras clave: cuidados paliativos, decisión morir, hospice care, want die home, attitude to death y family.

Abstract

Introduction: Palliative care has become today one of the main challenges of nursing, given the life expectancy and degenerative diseases. Patient choice on where to spend the last stage of his life must be paramount. As for him and his family this represents the quality of life and many be less traumatic.

Objectives: To describe the place of death that people prefer receiving palliative care at the end of life, and the benefits of home care and the role of the family at the end of life.

Method: We performed a descriptive study , conducting a literature review of various databases , including: Medline, PubMed , SciELO , Google Scholar , Cuiden , The Cochrane Library , Cinhals . The various publications of the Ministry of Health, the strategies in the National Palliative Care Health System, as well as the information provided on the website of the World Health Organization were also consulted.

Results: We selected 23 studies showing patient preference to die at home in Spain and in other countries, conditioned by the presence of an informal caregiver. He also talks about the role of informal caregiver and the consequences that entails.

Conclusions: The search has provided sufficient evidence that has served to improve knowledge of the patient's wishes in the choice of where to die, and the benefits you get in home care and what are the reasons why the patient after the decision to die at home, returns and dies in the hospital. It also helped to know the situation of informal caregiver at the decision to care for a terminally ill people.

Keywords: palliative decision to die, hospice care, home want die, attitude to death and family care.

Introducción.

A pesar de los importantes avances médicos de los últimos años, la atención adecuada al creciente número de población envejecida, pacientes con enfermedades crónicas-degenerativas y cáncer sigue representando un importante reto de salud pública. Muchos de estos enfermos llegan al final de su evolución a una etapa terminal, caracterizada por un intenso sufrimiento y una alta demanda de atención sanitaria.¹

<<En el año 2012 se produjeron en España 402.950 defunciones (197.030 mujeres y 205.920 hombres), supone 15.039 más que las registradas en 2011 (un 3´9% más).

El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como la primera causa de muerte (responsables de 30´3 de cada 100 defunciones), seguida de los tumores (27.5) y de las enfermedades del sistema respiratorio (11´7). Las enfermedades del sistema nervioso, que incluyen al Alzheimer, fueron la cuarta causa de muerte. >>² La proyecciones hacia el futuro son poco favorecedoras, ya que se espera un aumento del cáncer en años próximos, lo que supone que los pacientes se harán dependientes y que primaran los cuidados paliativos.

El desarrollo moderno de los cuidados paliativos tiene su origen en el movimiento *hospice* liderado en el Reino Unido por Cicely Saunders a finales de los años setenta. Posteriormente se desarrollaron progresivamente equipos de atención a domicilio, centros de día y equipos de soporte hospitalario. En 1987, La Medicina Paliativa fue establecida como especialidad en el Reino Unido. En el resto de Europa, los cuidados paliativos se desarrollan a partir de finales de los setenta. ¹

El concepto de unidad de cuidados paliativos en hospitales para enfermos agudos surge en Canadá, en el Royal victoria Hospital, en Montreal. El término <<cuidados paliativos>> parece más apropiado para describir la filosofía del cuidado que se otorga a los pacientes en fase terminal.

En España, al desarrollo de los cuidados paliativos han contribuido numerosos profesionales tanto de nivel comunitario como hospitalario, en su labor cotidiana de acompañamiento a pacientes y familias. En 1985, se publicó un artículo pionero que aborda el tema de los enfermos en fase terminal <<Los intocables de la medicina>>.¹

En 1989 se creó una Unidad de Medicina Paliativa en el Hospital El Sabinal de Las Palmas de Gran Canaria.

En 1991 se promovió en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid la Unidad de Cuidados Paliativos más grande y de mayor actividad de España. Asimismo, en este mismo año se llevaron en Madrid otras iniciativas, que tras estas comenzaron a desarrollarse algunas otras desde la Administración Sanitaria.

Los cuidados paliativos y de soporte representan actualmente, en el mundo occidental, un desafío clínico y ético, y un verdadero reto para sostener una asistencia médica y social de calidad. El progresivo envejecimiento de las poblaciones, el aumento de la esperanza de vida y la prolongación de la supervivencia con las nuevas terapias y técnicas de soporte, hacen de los cuidados paliativos un problema de salud pública de primera magnitud. ¹

La atención a los pacientes en fase terminal es un derecho reconocido por organismos internacionales y una prestación sanitaria claramente descrita en la legislación española. Dar cuidados paliativos desde una perspectiva de calidad de vida supone que el individuo reciba cuidados de calidad basados en la dignidad, la comodidad, la felicidad y sin sufrimiento del ser humano. Satisface la necesidad de mantener relaciones y de preservar el sentido de su identidad.

<<El 10 de mayo de 2005, la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, aprobó una proposición no de Ley, instando al gobierno a evaluar la situación de los cuidados paliativos en España, a aplicar el documento “Bases para su desarrollo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos”, y a fomentar la creación de unidades de cuidados paliativos por parte de las Comunidades Autónomas, entre otras acciones. >> ⁴

Una reciente resolución adoptada el 29 de Enero de 2009 por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, da a entender los cuidados paliativos como un elemento esencial de una atención sanitaria basada en un concepto humano de dignidad, autonomía, derechos humanos, derechos de los pacientes y una percepción generalmente reconocida de solidaridad, empatía y comprensión social. Además recomienda los cuidados paliativos como un modelo de políticas sociales y de salud innovadoras.⁴

La respuesta adecuada a las múltiples necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de cada uno de los pacientes y sus seres queridos supone un importante reto para el Sistema Sanitario. Uno de los aspectos en que se hizo mayor énfasis al plantear esta

Estrategia fue, precisamente, que se basara en la respuesta integral y coordinada del sistema a todos los pacientes que lo necesitaran, donde y cuando lo necesitaran.¹

La Organización Mundial de la Salud define los <<cuidados paliativos como el modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales>>.⁵

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos: ⁵

- Proporcionan alivio al dolor y a otros síntomas.
- Defienden la vida pero contemplan la muerte como un proceso natural.
- No intentan acelerar ni posponer el fallecimiento.
- Incorporan los aspectos psicológico y espiritual.
- Proporcionan un apoyo para ayudar a los pacientes a mantener hasta el fallecimiento, dentro de sus limitaciones, el mayor nivel de actividad.
- Ayudan a la familia a lo largo del proceso de la enfermedad y en el duelo.
- Trabajan en equipo para resolver las necesidades del paciente y familiares con apoyo en el duelo.
- Trabajan en equipo para resolver las necesidades del paciente y de sus familiares con apoyo en el duelo.
- No solo pretenden mejorar la calidad de vida, sino que pueden influir también de manera positiva en el curso de la enfermedad.
- Se puede asociar de manera temprana a otros tratamientos la quimioterapia y la radioterapia, dirigidos a prolongar la supervivencia, y abarcan estudios encaminados a comprender y a tratar las complicaciones que puedan afectar al paciente.⁴

Para tener éxito en la aplicación de los cuidados paliativos hay que insistir en tres puntos de vista: La formación de todos los sanitarios desde el ámbito universitario, la creación de

equipos de Cuidados Paliativos especificados para tratar a los pacientes paliativos en todas sus fases y en cualquier ámbito y por último, insistir en la participación de la comunidad.

<<Los recursos avanzados de Cuidados Paliativos están constituidos en: ⁴

- Unidad de Cuidados Paliativos (UCP): Dispone de camas de hospitalización para pacientes en situación terminal con alta complejidad definida. Están ubicadas en hospitales de 1er o 2º nivel o dependen funcionalmente de ellos y dan soporte a los pacientes en situación terminal, con alta complejidad definida.
- Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP): Dispone de espacio físico, sin camas propias y pueden estar ubicadas en hospitales de cualquier nivel.

Estos ESCP además, pueden ser: ⁴

- Domiciliarios (ESCPD), que dan soporte en el entorno domiciliario. En los hospitales que disponen de UCP, ésta será la encargada del soporte hospitalario.
- Mixtos (ESCPM), que dan soporte tanto, al ámbito domiciliario como hospitalario. En los hospitales que no disponen de UCP, ésta será la encargada del soporte hospitalario.

En el marco del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos con el objeto de garantizar una atención de calidad, se plantean las siguientes necesidades relativas a la red asistencial en la atención de cuidados paliativos en el sistema sanitario público:

- En todos los hospitales de 1er y 2º nivel disponen de una UCP así como de ESCPD, ambos integrados eficazmente, para garantizar la coordinación y continuidad asistencial. En estos casos, la UCP (unidad de cuidados paliativos) actuará como soporte a los pacientes en situación terminal de alta complejidad hospitalizados en cualquier servicio de estos hospitales.⁴
- Los hospitales de 3er y 4º nivel disponen de ESCPM que dan soporte a los pacientes en situación terminal de alta complejidad hospitalizados en cualquier servicio de estos hospitales, y a los pacientes de las mismas características que están en su domicilio.^{4>>}

El hospital ha llegado a ser un sistema social consolidado por la sociedad para el cuidado de los individuos que requieren asistencia. Ciertamente, sobre todo en países anglosajones, han ido surgiendo pequeños hospitales monográficos para cuidar enfermos terminales. Ahora bien, por una parte estos hospicios han sido iniciativa privada, fundamentalmente religiosa y a través de un gran movimiento de voluntariado. Esto ha creado muchos problemas en años recientes de crisis económica y en que las aportaciones de los ciudadanos han disminuido considerablemente. Un problema de la magnitud del de los enfermos incurables, es un problema de salud pública y como tal, tiene que tener una financiación fundamentalmente pública. Por otra parte, este modelo anglosajón es difícilmente exportable a países latinos, como por ejemplo el nuestro. Estos centros serían inmediatamente etiquetados como “morideros” y los ciudadanos no querrían recibir sus servicios. Si a esto le añadimos que dichos hospicios son extraordinariamente caros de mantener y por lo tanto, hay pocos y muy pocas personas pueden permitirse pagar un hospicio. ⁸ En la actualidad, el 80% de las personas mueren solas, conectadas a máquinas, en las unidades, bajo las indicaciones de protocolos médicos pre-establecidos y que ocasionan problemas éticos. ⁸

<<Desde el año 2007, cuando se publicó la actualización del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos se incorporó los pacientes en situación terminal de enfermedad no oncológica siguiendo las recomendaciones de la Estrategia Nacional. Define el modelo de atención compartida entre la Atención Primaria, Atención Hospitalaria, recursos avanzados de Cuidados Paliativos (equipos de soporte domiciliarios y UCP) y dispositivos de Urgencias y Emergencias basado en la complejidad del paciente y su familia.>>⁵

La Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud recoge varias recomendaciones del Consejo de Europa y del Comité de Ministros de la Unión Europea sobre los derechos de los ciudadanos a recibir este tipo de cuidados médicos y enfermeros, y se hacen recomendaciones específicas para cuantificar la magnitud del problema, especialmente en atención primaria, y describir la situación actual de los pacientes y sus enfermedades terminales.⁷

El nivel de atención primaria tiene un papel central en la atención integral a nivel comunitario. En los pacientes con necesidades de atención más complejas, existen evidencias de los beneficios de la coordinación con equipos de cuidados paliativos.

Estudios realizados demuestran que un alto porcentaje de personas prefieren pasar la última etapa de su vida en su domicilio.

Por otro lado, morir con dignidad y, en determinadas circunstancias, poder decidir cómo y dónde morir (voluntades anticipadas) es un derecho del ser humano.

Ahora bien, la toma de decisiones se debe apoyar en los códigos éticos y en el marco jurídico vigente. El Convenio del Consejo de Europa, relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, señala <<serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente, que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad>>.5 Siendo esta normativa el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben. En España, la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, establece la normativa sobre las voluntades anticipadas del paciente.

El domicilio es el lugar idóneo de atención de enfermos con enfermedades avanzadas y terminales y sus familias, en su entorno social y afectivo. También es el lugar preferido por enfermos y familias durante su proceso y es el ámbito en el que transcurre la mayoría del tiempo la evolución de la enfermedad. Los factores que aumentan la probabilidad de atención en el domicilio son los de la elección del paciente, el estado funcional bajo, la capacidad de soporte familiar, la intensidad y accesibilidad de la atención domiciliaria y los recursos en el domicilio.6

La promoción de la atención domiciliaria y comunitaria es una de las características que deben tener los Programas Públicos de cuidados paliativos y es una de las prioridades de la cartera de servicios de los Equipos de Atención Primaria (EAP), existiendo múltiples experiencias de programas específicos de atención domiciliaria de enfermos avanzados y terminales o insertados en los programas de atención domiciliaria (ATDOM) de los EAP.6

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS:

Es la atención integral al paciente en fase avanzada de la enfermedad en su residencia. Tiene grandes ventajas y algunos inconvenientes para el enfermo y para la familia. Es la esencia del cuidado paliativo y con equipos bien conformados es posible dar buena calidad de vida y muerte digna a los pacientes que padecen una enfermedad terminal, cumpliendo así la voluntad del paciente de pasar los últimos días de su vida en su ámbito familiar, rodeado por sus seres queridos.

En ocasiones el enfermo acude al hospital, porque no ha recibido una asistencia de calidad óptima en el domicilio, los familiares agobiados por la situación acuden al hospital para que la persona enferma pueda recibir un cuidado al final de su vida de calidad. Con lo cual el paciente que prefería morir en casa, no ha sido cumplido su voluntad. Por eso, se necesita incidir mucho en los profesionales desde su formación para que los cuidados paliativos puedan darse en el hogar, ya que dada la situación actual, España es una población envejecida y con la gran esperanza de vida, los cuidados paliativos serán en un futuro la enfermería primordial. No habrá hospitales para tantas personas y el hogar del paciente se convertirá en el punto de atención para recibir una atención de calidad al final de la vida, con lo cual el equipo de atención primaria juega un importante papel y es muy importante tenerlos en cuenta.

<<Los equipos de atención primaria deben colaborar en los cuidados de estos enfermos por tres motivos: ¹⁰

- Tienen derecho: Son sus enfermos y cuando estén en sus casas se encuentran “bajo su jurisdicción”.
- Muchas veces pueden hacerlo. Algunos enfermos no presentan problemas especialmente difíciles y un médico que se haya preocupado por su formación, con toda seguridad será capaz de llevar a cabo esta tarea.
- No hay más remedio. Ningún país tiene recursos suficientes para que todos los enfermos en situación terminal sean cuidados por equipos específicos de Cuidados Paliativos. >>

Otro punto muy importante a tratar es el familiar, las enfermeras consideran la relevancia de tratar con equivalencia al paciente y al familiar. La familia juega un papel fundamental en la

atención al paciente en la etapa final de su vida, ya que constituye una referencia para el paciente.

El cuidado en el domicilio crea una modificación por completo de la dinámica familiar, ya que los miembros de la familia tienen que cubrir las necesidades del paciente haciendo mudanzas, invirtiendo dinero, tiempo y sobretodo tiene mucha implicación emocional. Con lo que requiere una reorganización de sus vidas e incluso a veces los papeles que juegan dentro de la propia familia.

Hay estudios que revelan que los familiares llevan mejor el duelo del familiar perdido cuando se le han brindado cuidados paliativos en el hogar. Pero también esto sugiere una alta prevalencia de depresión en los cuidadores informales.

Objetivos

Objetivo principal.

Describir el lugar de muerte que prefieren las personas que reciben cuidados paliativos al final de la vida.

Objetivos específicos.

- Beneficios de la atención domiciliaria y Factores que contribuyen a un inadecuado cuidado domiciliario.
- El papel de la familia al final de la vida.

4. Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo, realizando una revisión bibliográfica de distintas bases de datos para evaluar la preferencia del lugar de la muerte en un paciente que se encuentra con una enfermedad avanzada terminal.

Se han utilizado las principales bases de datos nacionales e internacionales, cuya estrategia de búsqueda se detalla a continuación. Se consultaron también las distintas publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, las estrategias en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, así como la información aportada en la página web de la Organización Mundial de la Salud.

Para la elaboración de este trabajo se comenzó la búsqueda bibliográfica a principios del mes de Diciembre de 2013 y finalizándola en Febrero del 2014. La búsqueda ha proporcionado evidencia suficiente que ha servido para mejorar los conocimientos sobre los deseos del paciente en la preferencia del lugar donde morir, así como los beneficios que se obtiene en la atención domiciliaria y cuáles son las razones por las que el paciente después de la decisión de morir en el hogar, vuelve y muere en el hospital. También ha servido para saber la situación del cuidador informal ante la decisión de cuidar a una persona en estado terminal.

Las palabras que se utilizaron fueron: cuidados paliativos, decisión morir, hospice care, want die home, attitude to death y family.

De todos los artículos encontrados, se hizo una revisión y se escogieron lo más apropiados por su pertinencia y adecuación al tema.

Los criterios de exclusión utilizados:

- Las revistas seleccionadas para esta revisión sistemática debían tener acceso gratuito a sus textos completos.
- La publicación debía ser en lengua inglesa, portuguesa o español.
- Que se adecuarán al tema tratado.

1. Medline

Se comenzó buscando en la base de datos Medline el 15 de Diciembre del 2013, a través del portal web de la biblioteca de la Universidad de Jaén.

Se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda:

(Hospice care or end of life) and (primary health care or want die home) and (attitude to Death or family).

El resultado de la búsqueda fue 53, los seleccionados 10 y los artículos escogidos para el estudio fueron 2. El idioma de los tres artículos es el inglés. No se utilizó filtro ninguno para esta búsqueda.

2. Pubmed

Se continuó la búsqueda en la base de datos pubmed a la fecha 20 de Diciembre. Se siguieron dos estrategias de búsqueda:

- (hospice care [mh] or end of life) and (primary health care [mh] or want die home) and (Attitude to Death [mh] or family). Obteniendo 252 resultados, haciendo una primera selección de 27 artículos y escogiendo para el estudio 4. El idioma de los artículos son 3 en ingles y uno en español. Para esta búsqueda se utilizó los términos mh.
- (home nursing [mh] or home visit) and (hospice care [mh] or palliative care). Se obtuvo unos resultados de 133, acotando la búsqueda en los últimos 5 años. De los resultados obtenidos se seleccionaron 22 artículos y para el estudio escogimos 5. El idioma de los 5 artículos es el inglés. Se han utilizado los términos mh.

3. Scielo

Se consultó la base de datos Scielo, el 3 de Enero del 2014, se utilizó para la búsqueda los términos: Palliative care and home. Los resultados obtenidos fueron 43, 10 artículos se seleccionaron y nos quedamos con una muestra de 3 artículos para el estudio. No se utilizaron filtros y el idioma son 2 artículos en español y 1 en portugués.

4. Google académico.

Se consultó el 7 de Enero del 2014.

La cadena de búsqueda fue:

(Cuidados paliativos) and (morir en casa).

Se utilizó el limitador de fecha para todos los artículos comprendidos entre el 2010-2015. Los resultados fueron 1030 y se escogieron 2 artículos para el estudio. El idioma de los artículos en español.

5. Cuiden

Se consultó el 10 de Enero del 2014.

La cadena de búsqueda fue:

(“cuidados”) AND ((“paliativos”)AND(“domicilio”)).

Se limitó los artículos escogiendo solo los de texto completo, se obtuvo una búsqueda de 57 documentos, de los cuales se seleccionaron 12 y de esos se escogieron 2 para la realización del estudio. El idioma de los artículos es uno en inglés y otro en portugués.

6. La biblioteca Cochrane Plus

Se consultó la biblioteca Cochrane Plus, el 16 de Enero del 2014.

La cadena de búsqueda fue:

(Cuidados paliativos) or (decisión del lugar de morir)

No se limitaron artículos y los resultados obtenidos fueron 88, de los cuales se escogieron 12 y se utilizaron 2 para la elaboración del estudio. El idioma de los artículos es en inglés y en español.

7. Cinhals.

Se realizó la consulta en la base de datos Cinhals el 29 de Enero del 2014.

La cadena de búsqueda fue:

(hospice care or end of life) and (primary health care or want die home) and (Attitude to Death or family)

No se limitaron artículos y los resultados fueron de 45, de los cuales 8 se escogieron. Los utilizados para el trabajo fueron 3 artículos. El idioma de los 3 artículos es el inglés.

5. Resultados

El análisis de la información obtenida a través de la revisión bibliográfica nos lleva a presentar los resultados.

El número total de documentos revisados han sido de 117, de los que se seleccionaron 23 artículos, por ser estos los criterios contenidos en este trabajo. Distribuyéndose en base de datos de la siguiente manera. (Anexo II).

Con respecto a la distribución de artículos según la lengua de publicación, es importante señalar el elevado número de artículos publicados en ingles.

Por otra parte en relación al año de publicación, es interesante apreciar que el 92% de los artículos relacionados con nuestro estudio han sido publicados en los últimos 10 años, como puede apreciarse en la tabla. (Anexo III)

Los datos expuestos nos permiten observar que hay una tendencia a reflexionar sobre la necesidad y las ventajas de los cuidados paliativos al final de la vida en el hogar.

En lo que se refiere a las características de los artículos seleccionados, puede decirse que el 48% se corresponde con estudios teóricos, de tipo revisiones bibliográficas y el 52% se corresponde con estudios analíticos, como estudios cualitativos y cuantitativos, es importante señalar que la mayoría de los estudios analíticos son encuestas o entrevistas.

Hay que destacar la similitud entre todos los artículos (teóricos y analíticos), son todos los artículos casi iguales, sin apenas diferencias.

Los autores expresan la importancia de conocer el lugar preferido de las personas cuando se encuentra en una situación de enfermedad terminal.

Por tanto y siendo el objetivo de este estudio, se han analizado las preferencias del lugar de muerte en las personas que se encuentra en una situación de enfermedad terminal, los factores que contribuyen a un inadecuado cuidado domiciliario y la familia de los pacientes con enfermedad terminal.

Estudios demuestran que la mayoría de las personas que sufren una enfermedad terminal prefiere morir en sus domicilios conectados con su tierra y familia, aunque a pesar de esa preferencia, muchas personas mueren en el hospital. ⁹⁻¹¹

Un estudio sobre la preferencias de la muerte realizado en diferentes países realizado por encuesta telefónica a una muestra de 9344 participantes (Inglaterra, Flandes, Alemania, Italia, Países Bajos, Portugal y España) demuestra que en todos los países excepto en uno, entre el 64-84% de los participantes dijeron que preferirían morir en casa si tienen elección, a excepción de Portugal que solo un 51% prefiere morir en casa.¹²

Así como, un estudio realizado sobre los pueblos aborígenes demuestran su alto deseo de morir en su casa. Tanto los indígenas entrevistados como los profesionales que cuidan de ellos hicieron hincapié en la importancia para los aborígenes de morir en su casa país.¹⁰

Otro estudio recoge una encuesta retrospectiva en 2000 pacientes del registro nacional del cáncer, se realizaron 1271 encuestas válidas. El 57.9% de los enfermos murieron en su casa, 34,6% en una residencia asistida, 0.7% en residencias socio-sanitarias y el 0,4% murió en la ambulancia durante el traslado al hospital. Entre los pacientes que expresaron sus preferencias, el 93,5% de ellos eligió morir en casa, observándose diferencias pequeñas entre regiones (rango: 89,5% - 99.0%). Globalmente, el 67,1% de la muestra murió en el sitio de preferencia. ¹⁵

En la Isla Mediterránea de Ibiza, se llevo a cabo un estudio para describir el lugar de muerte preferido por personas mayores. En el estudio participaron 105 personas, la edad media fue de 75 ± 7 años, de los cuales 58 eran hombres (55,2%), En casa, con un 67;6% IC (95%; 58, 6-76,6), resultó ser el lugar de muerte preferido por los encuestados; el 6,7% (IC 95%: 1,9-11,5) preferiría un hospital de agudos, y el 25,7% (IC 95%: 17,3-34,1) preferiría una unidad de cuidados paliativos hospitalaria. ¹⁴

En el antiguo condado de Aarhus, Dinamarca, se realizó un estudio en una población que murió de cáncer después de haber tenido una trayectoria de paliativos en el hogar, se encontró que los familiares de los fallecidos, asoció una evaluación positiva de la trayectoria paliativos con la muerte en casa. Sin embargo, identificaron ninguna asociación

estadísticamente significativa entre las evaluaciones y servicios del GP específicos.¹⁶ Sin embargo otro estudio refiere que la participación de los GP se asocia de forma independiente con una mayor probabilidad de muerte en el hogar.¹⁷

Los registros de voluntades anticipadas de la población también demuestran que la mayor parte de la población prefiere morir en casa si padeciera alguna enfermedad terminal. Los pacientes que tienen más probabilidad de morir en casa son aquellos que disponen de un cuidador informal. Un estudio realizado sobre 7.391 pacientes, las preferencias sobre el lugar de muerte se determinarán al ingreso para 5.837 (79%). Los pacientes que preferían morir en casa tienen más probabilidad si tienen al menos una visita durante los primeros 4 días de recibir cuidados paliativos, si estaban casados y si tenían una directiva avanzada. Los pacientes que padecen dolor moderado o grave eran menos propensos a morir en su casa, al igual que los pacientes con mejor estado funcional.¹⁸

Para determinar si la prestación del cuidado al final de la vida en el hogar, reduce la probabilidad de morir en el hospital, se realizó una revisión en la que se incluyeron cuatro ensayos. Las personas que recibían los cuidados paliativos al final de su vida en el hogar, fueron significativamente más propensos a morir en casa en comparación a los que reciben la atención habitual (RR 1,33, IC del 95%: 1,14 a 1,55, P=0.0002; Chi 2= 1,72, df=0,42; I²=0% (tres ensayos, n=652))¹⁹

Con lo cual, podemos afirmar que el deseo de morir en casa está ligado a una serie de factores como son: ²⁰⁻²¹

- La presencia de un cuidador informal.
- El estado avanzado de la enfermedad.
- El sexo: Un estudio realizado en Toronto, Canadá. Indicó que las mujeres tienen más probabilidad de morir en casa que los hombres.
- La edad del paciente: estudios demuestran que enfermos terminales más jóvenes, tienen mayor deseo de morir en el hogar que personas de edad más avanzada.
- La atención recibida en el hogar por grupos de cuidados, atención primaria. Un estudio demuestra la asociación entre el médico de familia, visitas de la enfermera y

la continuidad de la atención y el lugar de muerte para las personas con cáncer avanzado.

- La creencia popular de que la muerte en la casa es lo natural.
- El enfermo se siente útil y puede continuar haciendo su vida hasta que llegue el final o los síntomas propios de la enfermedad lo impidan.
- Razones económicas.
- La localización de la residencia.
- El estado funcional del paciente.
- Hospitalización e ingresos.
- Registro de Voluntades anticipadas.

<<Los beneficios de la preferencia del hogar como el lugar de muerte para una persona con enfermedad terminal son varios: 22-23

- **Para el paciente:** Se encuentra dentro de un ambiente conocido, manteniendo su intimidad, pudiendo realizar ciertas tareas laborales, continuar con sus hábitos y algunos de sus hobbies. La alimentación es más variada y los horarios no son rígidos.
- **Para la familia:** logra mayor satisfacción por participar activamente en el cuidado. Puede realizar los cuidados con más tranquilidad, sin apuros. Siente que respeta la voluntad del paciente de permanecer en el domicilio. Se previene el duelo patológico.
- **Para el sistema de salud:** se disminuyen internaciones hospitalarias largas y de alto costo. Se evita realizar tratamientos innecesarios, disminuyendo la posibilidad de caer en encarnizamientos terapéuticos. Este ahorro de divisas permitiría una mayor eficiencia en la salud pública y honorarios adecuados para los integrantes del equipo de cuidados paliativos en domicilio.>>22-23

Para que el paciente pueda permanecer en el domicilio es necesario que el hogar cumpla una serie de requisitos para que pueda trasladarse a realizar los cuidados.

La decisión de no morir en casa podría ser el resultado de deficiencias en la atención profesional. Los factores que contribuyen a un inadecuado cuidado domiciliario: 22

- Interface hospital-domicilio inadecuada: es necesario programar el cuidado domiciliario mientras que el paciente este internado, para que el alta médica no se precipite y sea posible una adecuada comunicación.
- Falta de habilidad en manejo de dolor y control de síntomas
- Comunicación inadecuada.
- Inadecuado soporte familiar. La familia está tan perturbada que no puede encargarse del enfermo.
- Familia muy reducida o sin familia.
- Los familiares se niegan.
- Cuando haya niños muy pequeños en la casa.
- Cuando el enfermo no quiera estar en su casa.
- Hay estudios que demuestran que una de las causas del retorno del paciente al hospital es la sobrecarga del cuidador informal.

El papel del cuidador familiar.

La mayoría de los pacientes con enfermedad terminal expresarán su deseo de morir en casa, a lograr esto, los pacientes deben contar con apoyo de los cuidadores informales.²⁴ Hemos visto anteriormente que muchos de los motivos para la institucionalización de los cuidados a pesar del paciente querer morir en casa es porque no hay presencia del cuidador. Otras veces, son los propios cuidadores los que expresan su claramente su deseo de que el paciente muera en casa para preservar su imagen de su ser querido vivo.

Muchas familias se declaran demasiado afectadas en su sensibilidad para soportar el ver cómo se va degradando corporalmente uno de los suyos y más aún, para tener ánimos de atenderle debidamente.

Las respuestas de los cuidadores incluyen sentimientos positivos y negativos en relación a la atención prestada a los pacientes. Entre los sentimientos positivos surgido: el celo, el afecto y la gratificación, que reveló la voluntad del cuidador para estar al lado de su ser.²⁵

Los sentimientos negativos reportados: tristeza, molestia y preocupación /cuidado.²⁵

El cuidado de los moribundos no es fácil, el esfuerzo físico y el stress emocional puede ser traumático para el cuidador. Ya que la familia, afirma sobre la impotencia de ver morir a su familiar y estos desarrollan depresión, descuidan su autocuidado e incluso no comen. Se niegan a ser ayudados para asistir al enfermo y toman antidepresivos. ²⁶

De acuerdo con la definición de la OMS sobre cuidados paliativos que aboga por la búsqueda de la calidad de vida de la familia y los pacientes en el proceso de la muerte, los sanitarios deben tratar no solo al paciente. Si no al paciente y familiar. Ya que los cuidadores necesitan la dirección de profesionales de la salud y asistencia social y la ayuda de cuidadores pagados, pero las experiencias de estos servicios varían mucho. ²⁷

Los profesionales sanitarios pueden ayudar a aliviar la carga de los cuidadores familiares, tratando a la familia y paciente como un conjunto de atención. Esto aumentará la probabilidad de que los pacientes al final de la vida experimenten lo que les supone “una buena muerte”, y los miembros de la familia tengan una positiva experiencia en la prestación de cuidados.

El punto de vista de la comunidad enfermera sobre el cuidado domiciliario, recalcan que es importante cuidar al paciente y familia como una unidad, que la familia juega un papel fundamental al final de la vida del paciente y que es necesario que los profesionales trabajen en la atención a la familia durante todo el proceso. ²⁸⁻²⁹

Un estudio llevado a cabo en el municipio de Lavras. Se llevaron a cabo entrevista semiestructuradas y los datos se sometieron al Análisis de contenido. Los resultados identificaron las diversas dimensiones del cuidado en el contexto domiciliario, así como también la actuación y las limitaciones de las enfermeras en el cuidado del paciente al final de su vida y de su familia. Ellas consideran al paciente y familia como una unidad, con las que tiene la oportunidad de compartir experiencias y aprendizajes, no solo del punto de vista profesional, si no del punto de vista humano. ²⁸

6. Conclusiones

En toda la bibliografía revisada demuestran la preferencia de los pacientes por morir en su casa, rodeados de su familia y sus seres queridos. Los registros de voluntades anticipadas, también mediante distintos artículos demuestran que lo primero que desean los pacientes ante una situación final es poder pasar la última etapa de su vida en su hogar.

Este trabajo realizado demuestra que numerosos artículos evidencia la preferencia del paciente de recibir los últimos cuidados antes de su etapa final en su hogar. Inclusive estudios mediante encuestas telefónicas que comparan unos países con otros demuestran dicha preferencia excepto en Portugal en la que solo un 51 % de la población tiene tal preferencia.

Es muy importante el apoyo de los GP, que se asocian positivamente con el hecho de morir en el hogar, estudios demuestran que aquellos pacientes que se ven respaldados por grupos de paliativos tienen más posibilidad de morir en casa. Solo un estudio realizado en el condado de Arthus Dinamarca, no asocia el recibir apoyo de grupos paliativos con la probabilidad de morir en el hogar.

También se relaciona el que, un paciente tenga más probabilidad de morir en casa en su etapa final con la presencia de un cuidador. Este es el principal motivo por el que los pacientes deciden trasladar sus cuidados al hogar, ya que se sienten respaldados por saber que alguien estará velando por él.

Son numerosos los beneficios que tiene el cuidar a una persona en su hogar; tiene un mayor beneficio para el paciente, que se cumple el deseo de pasar la última etapa de su vida alrededor de su familia, para la familia, logra mayor satisfacción por participar activamente en el cuidado y para el sistema que conlleva a un ahorro de divisas permitiría una mayor eficiencia en la salud pública y honorarios adecuados para los integrantes del equipo de cuidados paliativos en domicilio.

Sin embargo, la situación que se le avecina al cuidador informal desencadena numerosos problemas para su persona y su familia.

Las familias tienen que afrontar una situación desconocida, en la que resulta traumático tener que cuidar a un ser querido que sabe que muy pronto se le avecinará la muerte. Esto ocasiona graves consecuencias para la salud del cuidador.

Diferentes estudios demuestran la importancia de tratar al paciente y cuidador como un conjunto, así como el apoyo de grupos formales ayudarán a ofrecer una asistencia de calidad para paciente y familia.

Este trabajo aporta a la enfermería la importancia de saber las preferencias del paciente para dar oportunidad de llevar a cabo su cuidado final donde el desee. Dado que esto significa dar al paciente y a la familia una calidad en el cuidado diario.

También habría que considerar el ahorro que le supone al sistema si los cuidados paliativos se dieran en el hogar y dada la situación que acontece sería un punto para poder reducir gastos y ofrecer calidad al paciente. Y sobretodo evitar que los hospitales estén colapsados.

RECOMENDACIONES:

- Es muy importante que exista una adecuada y continua formación del personal de enfermería, para así garantizar la calidad asistencial.
- Insistir en la importancia de realizar el testamento vital anticipado.
- Fomentar grupos de apoyo que sean útiles para evitar los efectos que causan en el cuidador principal.
- Tratar al paciente y cuidador principal como unidad.
- Este trabajo sería un posible punto de partida para investigaciones futuras, ya que dada la esperanza de vida y las enfermedades actuales, supondría una mejora en la calidad, una reducción de los costes y así como en la excelencia de los cuidados aportados al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Cuidados paliativos del sistema nacional de salud. 2007[Consultado 03/01/2014] disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidados_paliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. 31 de Enero de 2014. Actualizado 13:30 horas.[consultado 03/01/2014] Disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>
3. Tomás Vega, Enrique Arrieta, José. Lozano, Maite Miralles, Yolanda Anes, Cristina Gomez, Carmen Quiñones, Milagros Perucha, Mario Margolles, José Ángel Gómez de caso, Milagros Gil, Socorro Fernández, Purificación de la Iglesia, Aurora López, Rufino Álamo, Óscar Zurriaga y Julián Mauro Ramos, por el Grupo Recent. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio.2011. [Consultado 13/01/2014]Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/atencion-sanitaria-paliativa-soporte-los/articulo/S0213911111000471/>
4. Organización en las comunidades autónomas. Año 2011. Atención a los Cuidados paliativos. [Consultado el 02/02/2014] Disponible en:
<http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/16-01%20DOS%20PALIATIVOS.PDF>
5. World Health Organization. WHO definition of palliative care (consultado 2 Enero de 2014). Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>
6. Jose Espinosa, Xavier Gómez-Batiste, Josep M.Picaza y Esther Limón. Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España.2010. [Consultado 30/12/2013] Disponible en:
<http://zl.elsevier.es/es/buscar?txtBuscador=Equipos%20de%20soporte%20domiciliario%20de%20cuidados%20paliativos%20en%20Espa%C3%B1a&ambito=kINPCC00091B&cmbBuscador=all>
7. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. [Consultado 30/12/2013]Disponible en:
http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidado_spaliativos.pdf

8. Ortúzar MGd. ¿Quién decide cómo morir? MEDPAL, Interdisciplinar y domicilio 2011[7 de Enero del 2014];3. Disponible en:
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/8513>
9. Neergaard MA, Jensen AB, Sondergaard J, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark. Scand J Caring Sci 2011[Consultado el 20 de Enero de 2014];25(4):627-636. Disponible en:
<http://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/medline/docview/903144678/F453C54998A34C39PQ/1?accountid=14555>
10. Gómez Sancho M. ¿Morir en casa o en el hospital. Medicina Paliativa en la cultura latina.Aran.Madrid 1999[Consultado el 7 de Enero]:173-191. Disponible en:
<http://www.hospicemardelplata.org/documentos/Morir%20en%20casa%20o%20en%20el%20hospital.pdf>
11. Jeurkar N, Farrington S, Craig TR, Slattery J, Harrold JK, Oldanie B, et al. Which hospice patients with cancer are able to die in the setting of their choice? Results of a retrospective cohort study. J Clin Oncol 2012 Aug 1[1 de Diciembre de 2013];30(22):2783-2787. Disponible en:
<http://jco.ascopubs.org/content/30/22/2783.full>
12. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain Cancer end-of-life care 2012[Consultado el 20 de Diciembre 2013];23(8):2006-2015. Disponible en:
<http://annonc.oxfordjournals.org/citmgr?gca=annonc%3B23%2F8%2F2006>
13. McGrath P. 'I don't want to be in that big city; this is my country here': Research findings on Aboriginal peoples' preference to die at home. Aust J Rural Health 2007[Consultado el 21 de Diciembre 2014];15(4):264-268. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17617091>

14. Pradilla HC, Correa Ospina OL, Alonso-Babarro A. Preferencia del lugar de muerte y factores relacionados en personas mayores de la isla mediterránea de Ibiza. Revista Colombiana de Anestesiología 2011[Consultado el 3 de Enero del 2014] ;39(2):174-188. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v39n2/v39n2a03.pdf>
15. J Caminal Homar. Morir humanamente es con-morir. 2013. [Consultado el 3 de Enero del 2014] Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208758652&DocumentID=GCS29-18>
16. Br J Gen Pract. Associations between home death and GP involvement in palliative cancer care. BJGP at RCGP 2009 septiembre; 59(566):671-677. [Consultado 3/01/2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734355/#>
17. Neergaard MA, Vedsted P, Olesen F, Sokolowski I, Jensen AB, Sondergaard J. Associations between successful palliative trajectories, place of death and GP involvement. Scand J Prim Health Care 2010[Consultado el 20 de diciembre 2013]; 28(3):138-145. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/02813432.2010.505316>
18. Wanden-Berghe C, Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, en Iberoamérica, Red de Malnutrición. Voluntades de la población sobre los cuidados y decisiones al final de la vida. Nutrición Hospitalaria 2009[consultado el 23 de Diciembre de 2013];24(6):732-737. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112009000600015&script=sci_arttext
19. Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: home-based end of life care. 2011.[Consultado el 4 de Enero de 14 de Enero del 2014]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009231/abstract>
20. Masucci L, Guerriere DN, Cheng R, Coyte PC. Determinants of place of death for recipients of home-based palliative care. J Palliat Care 2010 Winter[4 de Enero del 2014];26(4):279-286. Disponible en: <http://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/820840238/809C8106F1504F69PQ/1?accountid=14555>

21. Cantwell P, Turco S, Brenneis C, Hanson J, Neumann CM, Bruera E. Predictors of home death in palliative care cancer patients. *J Palliat Care* 2000 Spring[consultado el 4 de Enero del 2014];16(1):23-28. Disponible en: <http://0-search.proquest.com.avalos.ujaen.es/docview/214203016/BB7AA75BFB2D42CDPQ/2?accountid=14555>
22. Fornells HA. Cuidados paliativos en el domicilio. *Acta bioethica* 2000[Consultado el 20 de Enero del 2014]; 6(1):63-75. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n1/art05.pdf>
23. Oliveira SG, Quintana AM, Budó, Maria de Lourdes Denardin, Lüdtke MF, Cassel PA, Wottrich SH. Familiares cuidadores ea terminalidade: tendência da produção científica na área de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem* 2011[Consultado el 20 de Enero de 2014];15(4):588-594. Disponible en: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/74>
24. Beland P. Implications for carers of terminally ill patients dying at home. *Nursing Standard* [serial on the Internet]. (2013, Sep 18), [cited April 7, 2014] [Consultado el 24 de Enero de 2014]; 28(3): 40-45. Disponible en: <http://0-web.b.ebscohost.com.avalos.ujaen.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=93d6b52b-023d-406e-bcd9-eca6652c3477%40sessionmgr110&vid=6&hid=128>
25. Fratezi FR, Gutierrez BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio Family caregiver of elderly patients in palliative care: the process of dying at home. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011[consultado el 25 de Enero de 2014]; 16(7):3241-3248. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n7/23.pdf>
26. Yee CM. I want to die at home. *SINGAPORE NURS J* 2008 [Consultado el 28 de Enero de 2014]; 35(3):28. Disponible en: <http://0-web.b.ebscohost.com.avalos.ujaen.es/ehost/detail?vid=3&sid=feb9b00a-9891-4bc7-bd8d-6ebe9230bb25%40sessionmgr111&hid=127&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSszY29wZT1zaXRI#db=c8h&AN=2010006559>

27. Newbury J. The drama of end of life care at home. *Nursing Times* 2011 Mar 22-Mar 28[Consultado el 28 de Enero de 2014], 2011;107 (11):20-3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21682166>
28. Jack B, O'BRIEN M. Dying at home: community nurses' views on the impact of informal carers on cancer patients' place of death. *European journal of cancer care* 2010[Consultado el 20 de Diciembre de 2013]; 19(5):636-642. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20030704>
29. Baliza Michelle Freire, Bousso Regina Szyllit, Spineli Vívian Marina Calixto Damasceno, Silva Lucía, Poles Kátia. Palliative care in the home: perceptions of nurses in the Family Health Strategy. *Acta paul. enferm.* 2012 [Consultado el 29 de Enero del 2014] ; 25: 13-18.Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900003&script=sci_arttext

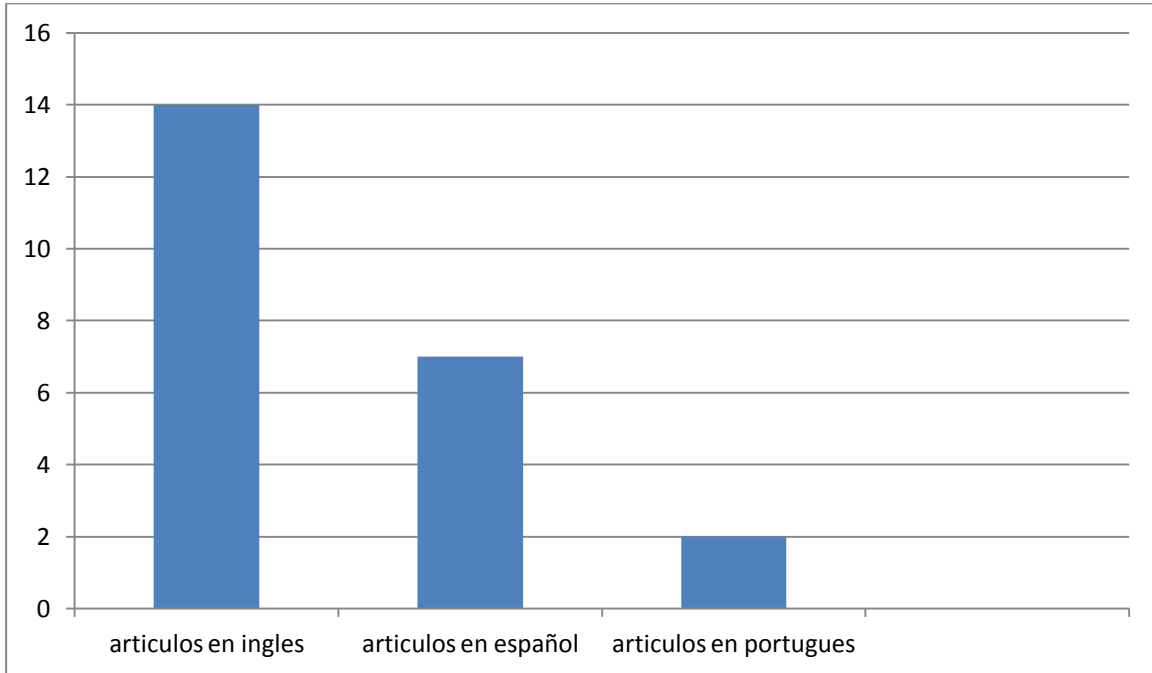
ANEXOS

Anexo I

| BASE DE DATOS | CADENA DE BUSQUEDA | FILTROS | RESULTADOS | SELECCION ADOS | FINALES |
|---------------------------------|--|----------------------------|---------------|----------------|---------|
| PUBMED | (hospice care[mh] or end of life) and (primary health care[mh] or want die home) and (Attitude to Death[mh] or family) | | 252 | 27 | 4 |
| | (home nursing[mh] or home visit) and (hospice care[mh] or palliative care) | Publication dates: 5 years | 133 | 22 | 5 |
| CINHALS | (hospice care or end of life) and (primary health care or want die home) and (Attitude to Death or family) | | 45 | 8 | 3 |
| BILBIOTECA COCHRANE PLUS | (CUIDADOS PALIATIVOS) OR (DECISIÓN DEL LUGAR DE MORIR) | Sin restricciones | 88 | 12 | 2 |
| CUIDEN | ("cuidados")AND(("paliativos")AND("domicilio")) | Solo texto completo | 57 documentos | 12 | 2 |
| SCIELO | Palliative care and home | | 43 | 16 | 3 |
| MEDLINE | (hospice care or end of life) and (primary health care or want die home) and (Attitude to Death or family) | | 53 | 10 | 2 |

| | | | | | |
|-----------------------------|--|-----------|------|--|---|
| GOOGLE ACADEMICO | (cuidados paliativos) and (morir en casa) | 2010-2015 | 1030 | | 3 |
|-----------------------------|--|-----------|------|--|---|

Anexo II



Anexo III

