

UNIVERSITAT
JAUME • **I**

Efectos de los cuidados paliativos en el domicilio durante la fase agónica

Memoria presentada para optar al título de Graduada en Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por Nuria Soriano Mejias en el curso académico 2021/2022

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de Irene Llagostera Reverter

31 de mayo de 2022

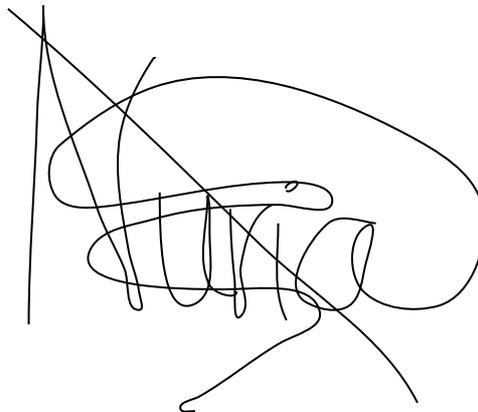
Solicitud para el depósito y defensa del TFG

Yo, Nuria Soriano Mejias, con NIF 53793546L, alumna de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico 2021/2022.

He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación.

Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado Efectos de los cuidados paliativos en el domicilio durante la fase agónica, tutelado por la profesora Irene Llagostera Reverter, defendido en lengua española, en el período 31 de mayo de 2022.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nuria Soriano Mejias', with a large, sweeping flourish at the end.

Firmado: Nuria Soriano Mejias.

Castellón de la Plana, 31 de mayo de 2022

Agradecimientos

Me gustaría agradecerle a mi tutora Irene Llagostera Reverter por acompañarme en este proceso y tutorizar este trabajo.

Agradecer también, tanto a mis amistades de toda la vida como a las nuevas amistades hechas en la carrera, que han sido un apoyo vital para mí durante todo este trayecto y se que podré contar con ellas siempre que las necesite.

A mis enfermeras de referencia que me han enseñado a disfrutar de esta profesión y a querer seguir aprendiendo.

Por último, a mi familia y a mi pareja, que han sido un apoyo incondicional para mí durante esta etapa de mi vida y han estado conmigo cuando más lo necesitaba, muchas gracias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	6
3.1. OBJETIVO PRINCIPAL	6
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
4. METODOLOGÍA	6
4.1. DISEÑO	6
4.2. PREGUNTA CLÍNICA	7
4.3. PALABRAS CLAVE Y DESCRIPTORES	7
4.4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	8
4.4.1. Estrategia de búsqueda en PubMed.....	8
4.4.2. Estrategia de búsqueda en The Cochrane Library.....	9
4.4.3. Estrategia de búsqueda en Dialnet Plus.....	10
4.4.4. Estrategia de búsqueda en LILACS (Información Científica y Técnica en salud de América Latina y el Caribe).....	11
4.4.5. Estrategia de búsqueda en Scopus.....	12
4.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS.....	12
4.5.1. Criterios de inclusión	12
4.5.2. Criterios de exclusión.....	13
4.6. LECTURA CRÍTICA DE LOS ARTÍCULOS	13
4.7. CRONOGRAMA.....	13
5. RESULTADOS.....	14
5.1. DIAGRAMA DE FLUJO	14
5.2. EXCLUSIÓN DE LOS ARTÍCULOS EN LA BÚSQUEDA.	15
5.3. ASPECTOS GENERALES DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS	17
5.4. CALIDAD METODOLÓGICA Y RELACIÓN CON OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	20
6. DISCUSIÓN	26
6.1. LIMITACIONES Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	31
7. CONCLUSIONES	32
8. ÍNDICE DE TABLAS.....	34
9. ÍNDICE DE FIGURAS.....	35
10. BIBLIOGRAFÍA.....	36
11. ANEXOS.....	41

ANEXO 1. PREGUNTAS CASPE PARA LA LECTURA CRÍTICA DE UN ESTUDIO CUALITATIVO. ...	41
ANEXO 2. PREGUNTAS CASPE PARA LA LECTURA CRÍTICA DE UN ESTUDIO DE COHORTES....	41
ANEXO 3. FICHA DE PREGUNTAS CASPE PARA LA LECTURA CRÍTICA DE UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	42
ANEXO 4. FICHA DE PREGUNTAS CASPE PARA LA LECTURA CRÍTICA DE UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.....	42
ANEXO 5. FICHA DE PREGUNTAS STROBE PARA LA LECTURA CRÍTICA DE UN ESTUDIO TRANSVERSAL.....	43
ANEXO 6. RESULTADOS DE LA CALIDAD METODOLÓGICA EVALUADA SEGÚN CASPE.	45
ANEXO 7. RESULTADOS DE LA CALIDAD METODOLÓGICA EVALUADA SEGÚN STROBE.....	46

RESUMEN

Introducción: A medida que aumentan la calidad y la esperanza de vida, las enfermedades se cronifican y aumenta el número de personas que necesitan cuidados paliativos al final de su vida. Estos pacientes necesitan una atención integral y personalizada que aplicada en el domicilio puede facilitarles pasar sus últimos momentos de la forma más confortable y rodeados de los suyos. La fase agónica en concreto engloba hasta los últimos 3 días de vida y puede resultar un proceso muy desagradable a causa de los síntomas que la caracterizan.

Metodología: Se ha realizado una revisión integradora de la bibliografía mediante la búsqueda en las bases de datos PubMed, The Cochrane Library, LILACS, Dialnet y Scopus; utilizando tanto lenguaje natural como lenguaje controlado y se han aplicado los filtros automáticos: “free full text”, “in the last 5 years”, “English”, “Spanish” y “humans”. Mediante la lectura de los títulos, resúmenes y finalmente la lectura crítica se realizó la selección de los artículos.

Resultados: De los 3106 artículos obtenidos de la búsqueda inicial se seleccionaron 13 finalmente, que se centraban en los cuidados paliativos en el final de la vida.

Conclusión: A pesar del deseo de propiciar una muerte en el domicilio que resulte menos agresiva para los pacientes, en ocasiones es imposible facilitar este resultado ya que existen diversos factores que dificultan la muerte en el domicilio. El principal factor influyente es el tipo de enfermedad y su evolución.

Palabras clave: palliative care; home care services; terminally ill; death; patient comfort.

ABSTRACT

Introduction: As the standards of quality of life and life expectancy arise, more illnesses are becoming chronic and the number of people who need palliative care at the end of life keeps growing. These people need an integrated and personalized care which can be applied at home in order to ease the last moments of life as comfortably as possible, surrounded by their loved ones. The agony phase concretely includes up to the last 3 days of life and can become a very disgusting process due to its characteristic symptoms.

Methodology: An integrative review has been made by the search in the databases PubMed, The Cochrane Library, LILACS, Dialnet and Scopus; using both controlled and natural language and the following automatic filters have been applied: “free full text”, “in the last 5 years”, “English”, “Spanish” and “humans”. Through the reading of titles, abstracts and finally the critical reading the selection of the articles was made.

Outcomes: From the 3106 articles that were originally obtained, 13 were finally selected. These articles were centered around palliative care at the end of life.

Conclusion: Even though the health personnel wish to favor a less aggressive death at home for these patients, in some occasions it is impossible to ease these results because there are various factors that influence that hinder the death at home. The main influential factor is the kind of illness that they suffer and its unpredictable evolution.

Key words: palliative care; home care services; terminally ill; death; patient comfort.

1. Introducción

En la actualidad, gracias a los avances en los tratamientos específicos de diversas enfermedades crónicas, la calidad de vida y, sobre todo, la supervivencia de las personas que padecen éstas enfermedades han aumentado en gran medida¹.

Consecuentemente, al aumentar tanto la esperanza como la calidad de vida de la población que padece estas enfermedades, se produce un envejecimiento general de la población, elevando la prevalencia de éstas enfermedades crónicas. A causa del envejecimiento natural de las personas, y la evolución de este tipo de enfermedades, llega un momento en el que el tratamiento pierde su efectividad y conlleva la progresiva pérdida de la funcionalidad hasta llegar a la muerte^{1,2}.

Un ejemplo de enfermedad crónica es el cáncer, que tras los avances tecnológicos y los estudios realizados ha aumentado llamativamente la supervivencia. En 2020 se estima que la prevalencia de cáncer en hombres fue de 1.066.959, mientras que la supervivencia esperada a los 5 años de enfermedad en hombres se estima que fue de 456.366. En mujeres la cifra también es elevada, la prevalencia que se estimó en el 2020 fue de 1.198.173, y la supervivencia esperada a los 5 años 384.080. El SIDA, por otra parte, es otra enfermedad con gran prevalencia que demanda ciertos tipos de cuidados al cronificarse^{1,3}.

En el momento en el que el tratamiento deja de ser efectivo o insuficiente para modificar el estado de la enfermedad, comienza a considerarse una enfermedad terminal. Éste nuevo concepto conlleva grandes implicaciones para el personal sanitario ya que deben comenzar a brindar una serie de cuidados específicos y personalizados para el estado del paciente y al mismo tiempo a sus familiares².

Consideramos, por tanto, una enfermedad terminal a una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que ha dejado de responder a tratamiento específico; asociado con la aparición de metástasis, declive de la funcionalidad y empeoramiento de la calidad de vida; y caracterizada por síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. Además, causa un gran impacto tanto en el paciente y su familia como en el equipo terapéutico, muy relacionado con el limitado pronóstico de vida⁴.

En España, durante el año 2017, murieron un total de 424.523 personas, de las cuales un 75% (n=318.442) necesitaron cuidados paliativos, es más, 129.500 se trataban de personas con necesidades complejas y, por tanto, subsidiarias de cuidados paliativos específicos. A pesar de estas cifras, en el año 2017 únicamente 51.800 personas fallecidas habían recibido cuidados paliativos especializados, quedando hasta 77.698 sin recibir el tratamiento que hubiera mejorado su calidad de final de vida⁵.

Estas enfermedades requieren una serie de cuidados e intervenciones multidisciplinarias para conseguir la óptima calidad de vida durante este proceso en el final de la vida. Sus principales objetivos, consisten en el alivio de los síntomas y la mejora de la calidad de vida, para ser logrados estos cuidados deben basarse en las necesidades del paciente al momento, nunca en su pronóstico⁶.

Los cuidados paliativos y los curativos no son mutuamente excluyentes, de hecho, se trata de un proceso gradual en el que varía la intensidad en que se aplica cada tipo de cuidados. Los cuidados paliativos pueden aplicarse a cualquier edad y son independientes del momento en que comienzan a administrarse en una enfermedad avanzada^{6,7}.

Cuando el tratamiento curativo o específico deja de ser efectivo y los cuidados paliativos pasan a ser el centro del tratamiento, el personal sanitario dirigirá sus objetivos terapéuticos a obtener el confort del paciente terminal y de sus familiares. Los cuidados paliativos deben ser individualizados y centrados en las necesidades del paciente en todo momento, estas necesidades son variables y dependen de la enfermedad⁷.

En primer lugar, los pacientes terminales necesitan una atención multidisciplinar y continuada. La situación socioeconómica del cuidador principal puede ser muy variable y en gran parte de los casos las familias necesitan, además, algún tipo de ayuda socio sanitaria. Por otra parte, la necesidad de recibir una información clara y realista marca la correcta evolución del paciente y su sensación de tranquilidad; siempre teniendo en cuenta que no todos los pacientes o familiares desean recibir la información sobre el pronóstico de forma tan clara, ya que puede causar sufrimiento y muestran deseos ambiguos sobre la información.

Aliviar los síntomas es un pilar principal de este tratamiento. Durante la etapa final de una enfermedad terminal aparecen síntomas como el dolor, sequedad bucal, estreñimiento, astenia y muchos otros. La sintomatología es variable y el equipo sanitario debe tratar cada uno de ellos, siempre buscando su máximo confort. El objetivo de los cuidados paliativos es la mejoría de la calidad de vida. También es muy importante mantener la máxima autonomía posible y favorecer la funcionalidad del paciente, aumentando la autoestima y la dignidad, ya que la salud mental es imprescindible a la hora aplicar los cuidados paliativos, puesto que la pérdida de la esperanza y la funcionalidad pueden causar la aparición de depresión o ansiedad.

La soledad influye bastante en el estado emocional de los pacientes terminales. Los impedimentos que puedan sufrir a causa de la enfermedad, unidos a la creciente vulnerabilidad que sufren, pueden desencadenar en el aislamiento social. Por este motivo es muy importante que reciban todo el apoyo familiar posible; aunque, también cabe mencionar que estas personas tienden a mostrar un sentimiento de culpabilidad al verse a cargo de sus familiares y, en consecuencia, no verbalicen sus preferencias a la hora de recibir cuidados para evitar interferir en el trabajo de los profesionales.

Por último, cada paciente vive en un entorno sociocultural distinto que puede mostrar muchas variables a la hora de experimentar los momentos finales de su vida. Una de estas variables son las creencias o valores religiosos que la persona posea. Por este motivo debería facilitarse, en la mayor medida posible, el cumplimiento de sus deseos espirituales a la hora de recibir los cuidados paliativos⁸.

Todas las necesidades mencionadas anteriormente deben ser cubiertas por el equipo interdisciplinar encargado de estos cuidados, de forma que profesionales con formación específica en cada ámbito puedan apoyar al paciente. Para alcanzar este objetivo es importante la correcta organización entre los distintos profesionales, que brinde cierta adaptabilidad al cambiante estado del paciente.

Para una correcta aplicación de estos cuidados y la mayor optimización posible de la calidad de vida de estos pacientes, los profesionales deberían de disponer de una formación específica y concreta sobre este tipo de pacientes, ya que requieren una actitud muy concreta ante las infinitas situaciones que pueden darse en el ambiente familiar de los pacientes⁷.

Los cuidados paliativos consideran la muerte un proceso natural de la vida y no buscan retrasarlo ni adelantarlo. Siempre respetan las preferencias del paciente en todos los aspectos y pretenden ayudar a la familia en la mayor medida posible. Por ejemplo, el paciente puede decidir el lugar donde desea recibir la atención en el final de la vida. Los cuidados paliativos pueden ser brindados al paciente en su domicilio o en el mismo hospital; a pesar de que la mayoría de las unidades de cuidados paliativos tienen su sede en el hospital, actualmente la atención primaria también puede proporcionar este tipo de cuidados^{9, 10}.

En el domicilio, estos cuidados se proporcionan mediante visitas periódicas dependiendo de las necesidades del paciente, desde un lugar seguro y confortable. Cuando un paciente recibe los cuidados paliativos en su casa, sus familiares cercanos tienen un papel fundamental ya que serán entrenados por el equipo sanitario para realizar los cuidados pertinentes.

El objetivo principal de ser realizados en el domicilio es la sensación de comodidad y de reconocer como su propio hogar el lugar en el que pasarán los últimos momentos de su vida. También es en estos momentos en los que las personas no desean estar solas, así que en el domicilio disponen de mayor libertad para recibir la compañía deseada. En estos momentos, un ser querido se transforma rápidamente en un cuidador informal, un proceso que ocurre muy rápido y que, a pesar de ser totalmente voluntario y desinteresado acaba afectando al estado de salud del propio cuidador. Tanto su estado físico, mental, como financiero se ven afectados en este contexto¹¹.

En el proceso de una enfermedad crónica se pueden considerar 3 fases teóricas. En primer lugar, la fase curativa se caracteriza por la buena respuesta al tratamiento y la supervivencia como prioridad principal del equipo sanitario. A continuación, la fase paliativa, que se caracteriza por una supervivencia limitada y la prioridad máxima en esta fase es, como se ha mencionado anteriormente, la calidad de vida. Por último, la fase agónica o agonía da nombre a los momentos finales de la vida, en los que la supervivencia es nula y el objetivo principal de los cuidados es la calidad de muerte.

La fase agónica puede englobar desde las últimas horas de vida hasta los últimos tres a cinco días, dependiendo del autor. Al tratarse de un término teórico su duración podría variar, siendo

incluso más larga esta etapa. También existe la posibilidad de que la muerte aparezca de forma súbita pero no es lo más común.

Las enfermedades provocan un deterioro progresivo de las funciones biológicas, fisiológicas, emocionales y de relación con el entorno; provocando la extinción de la vida poco a poco. Los síntomas más característicos de la agonía son dolor, disnea, estertores, agitación terminal, delirio, somnolencia y confusión; estos síntomas no son exclusivos ni únicos de esta fase, siempre puede haber alteraciones en el estado del paciente y la aparición de muchos otros síntomas dependiendo de la patología¹².

Otras características habituales de esta fase son las alteraciones de las constantes biológicas, como el descenso de la presión arterial o la aparición de taquicardia; periodos de apnea con respiración superficial; deterioro de los esfínteres provocando retención o incontinencia; aparición de debilidad, dificultad en la movilidad; pérdida de apetito, disfagia; y alteración de los sentidos. En los últimos instantes de la vida, lo último que se pierde son el sentido del oído y del tacto.

A pesar de conocerse los síntomas habituales y las características de este proceso no siempre es sencillo de diagnosticar y, por tanto, no se proporcionan los cuidados adecuados. Para ello, es necesario el diagnóstico temprano para poder anticipar el plan de cuidados y poder tratar los síntomas correctamente^{12,13}.

2. Justificación

Durante la etapa final de la vida, las personas con enfermedades terminales se van apagando poco a poco y son cada vez más frágiles, durante este proceso es muy habitual visitar los servicios de urgencias por situaciones de reagudización de la enfermedad o cambios en su estado de salud.

Al llegar al final, en la fase agónica, el objetivo principal de los cuidados paliativos es conseguir una muerte digna, una calidad de muerte y el máximo confort posible para el paciente, de modo que las movilizaciones innecesarias y los tratamientos agresivos reducen en gran medida esta situación de confort.

El personal sanitario encargado de la hospitalización a domicilio puede observar bastantes situaciones de final de la vida y la educación a la familia que se realiza además de los cuidados al propio paciente. Diariamente viven situaciones en las que ven a personas morir rodeadas de su familia habiendo cumplido sus deseos en sus últimos momentos, pero es cierto que también existen muchas dificultades para conseguir el máximo confort.

Por estos motivos es relevante estudiar las preferencias de los enfermos terminales en sus últimos días y los diversos factores que influyen en el cumplimiento de este objetivo.

3. Objetivos

3.1. Objetivo principal

Identificar los factores que influyen en el proceso de pasar la fase agónica en el propio domicilio y la calidad de muerte.

3.2. Objetivos específicos

- Observar las necesidades de los pacientes y los familiares durante este proceso
- Conocer la influencia de los cuidados paliativos al final de la vida en los ingresos hospitalarios y las intervenciones agresivas.

4. Metodología

4.1. Diseño

Este trabajo se trata de una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre los cuidados paliativos en la fase agónica aplicados en el domicilio. Con este objetivo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, The Cochrane Library, Dialnet Plus, LILACS y Scopus.

La búsqueda en las distintas bases de datos comenzó el día 10 de febrero de 2022 y concluyó el día 9 de marzo de 2022.

4.2. Pregunta clínica

Para conseguir el objetivo planteado en este trabajo se ha propuesto la siguiente pregunta clínica siguiendo el formato PIO:

¿Cómo afecta al estado de bienestar de un paciente en fase agónica recibir los pertinentes cuidados en su domicilio?

- Población: Pacientes con enfermedades terminales durante la fase agónica.
- Intervención: Aplicación de los cuidados paliativos en el domicilio.
- Outcomes (resultado): Tranquilidad y máximo bienestar durante la fase final de la vida.

4.3. Palabras clave y descriptores.

Se han utilizado los términos “palliative care”, “home care”, “home hospitalization services”, “terminal patient”, “death” y “patient well-being” en lenguaje natural y “palliative care”, “home care services”, “home care services, hospital based”, “terminally ill”, “death” y “patient comfort” en lenguaje controlado para realizar las búsquedas bibliográficas en las diferentes bases de datos; así como los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de la Biblioteca Virtual en Salud “cuidados paliativos”, “servicios de atención de salud a domicilio”, “servicios de atención de salud a domicilio provisto por hospital”, “enfermo terminal”, “muerte” y “comodidad del paciente” en las bases de datos de habla hispana (Tabla 1).

Tabla 1. Palabras clave y descriptores.

Lenguaje natural		Lenguaje controlado	
Castellano	Inglés	DeCS	MeSH
Cuidados paliativos	Palliative care	Cuidados paliativos	Palliative care
Cuidado domiciliario	Home care	Servicios de atención de salud a domicilio	Home care services
Servicios de hospitalización a domicilio	Home hospitalization services	Servicios de atención de salud a domicilio provisto por hospital	Home care services, Hospital-Based
Paciente terminal	Terminal patient	Enfermo terminal	Terminally ill
Muerte	Death	Muerte	Death
Bienestar del paciente	Patient well-being	Comodidad del paciente	Patient comfort

Fuente: Elaboración propia.

4.4. Estrategia de búsqueda

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, The Cochrane Plus, Dialnet Plus, LILACS y Scopus. Se han utilizado los términos mencionados en el apartado anterior, tanto en lenguaje natural como en castellano mediante Descriptores de Ciencias de la Salud (MeSH) y en inglés con Medical Subject Headings (MeSH).

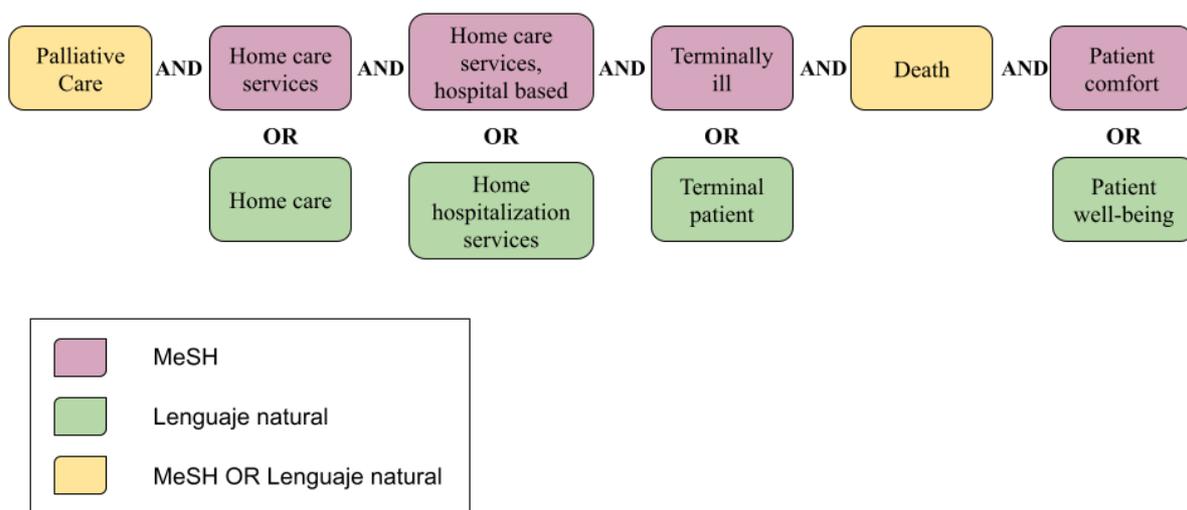
4.4.1. Estrategia de búsqueda en PubMed

PubMed es un recurso gratuito disponible en línea desde 1996, que apoya la búsqueda y recuperación de literatura biomédica y ciencias de la salud. A pesar de que no incluye los artículos en texto completo, si contiene los enlaces a otras fuentes donde sí están disponibles¹⁴.

Para realizar la búsqueda avanzada en esta base de datos, se utilizaron los siguientes términos en lenguaje natural: “palliative care”, “home care”, “home hospitalization services”, “terminal patient”, “death”, “patient well-being”. Los términos de lenguaje natural fueron combinados con sus respectivos descriptores mediante el operador booleano OR. Los términos MeSH utilizados han sido: “palliative care”, “home care services”, “home care services, hospital based”, “terminally ill”, “death”, “patient comfort”.

Por último, se aplicaron los filtros automáticos siguientes: “free full text”, “in the last 5 years”, “humans”, “english” y “spanish” (Figura 1).

Figura 1. Estrategia de búsqueda en PubMed.



Fuente: Elaboración Propia

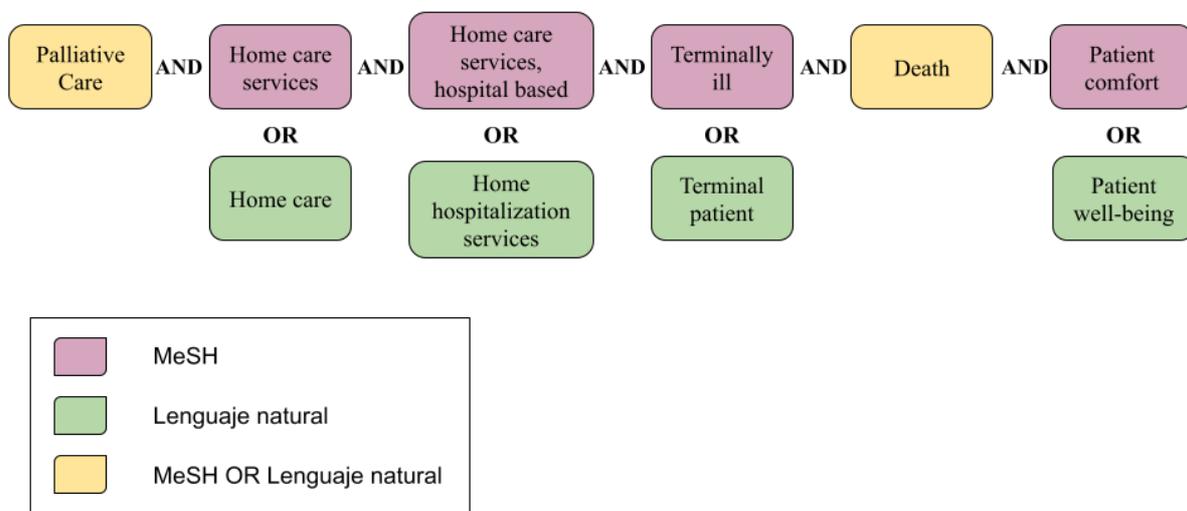
4.4.2. Estrategia de búsqueda en The Cochrane Library.

Cochrane es una organización sin ánimo de lucro de Reino Unido que aboga por la evidencia científica y su utilización a la hora de tomar decisiones sobre la salud, ya sea un sanitario, un paciente, cuidador, etcétera. Por este motivo, mediante la publicación de revisiones bibliográficas aportan evidencia de alta calidad para la libre consulta¹⁵.

La búsqueda en esta base de datos, fue realizada de forma similar a la anterior, se introdujeron los términos en lenguaje natural (“palliative care”, “home care”, “home hospitalization

services”, “terminal patient”, “death”, “patient well-being”) y en lenguaje controlado (“palliative care”, “home care services”, “home care services, hospital based”, “terminally ill”, “death”, “patient comfort”) y fueron combinados mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”. Por último, se aplicó un filtro automático de limitación de tiempo, obteniendo únicamente las revisiones Cochrane realizadas en los últimos 5 años (Figura 2).

Figura 2. Estrategia de búsqueda en The Cochrane Library.



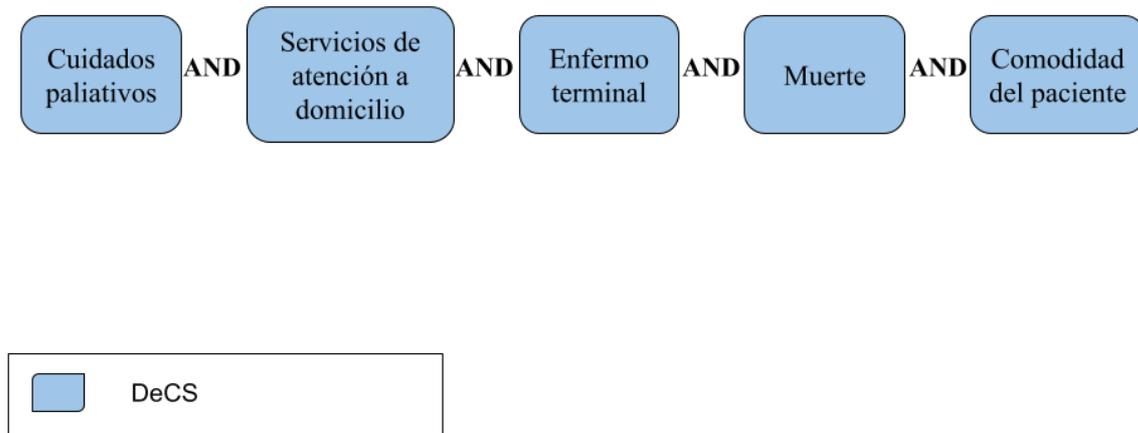
Fuente: Elaboración propia.

4.4.3. Estrategia de búsqueda en Dialnet Plus.

Dialnet es un gran portal bibliográfico de literatura científica hispana, originado en la Biblioteca y el Servicio Informático de la Universidad de La Rioja. Permite el acceso a información de calidad de los ámbitos de Ciencias Humanas, Jurídicas y Sociales¹⁶.

En esta base de datos se utilizaron únicamente los DeCS: “cuidados paliativos”, “servicios de atención de salud a domicilio”, “enfermo terminal”, “muerte”, comodidad del paciente”. Éstos han sido unidos mediante el operador booleano “AND”. Se aplicó un filtro que limitaba las publicaciones a los últimos 5 años (Figura 3).

Figura 3. Estrategia de búsqueda en Dialnet Plus.



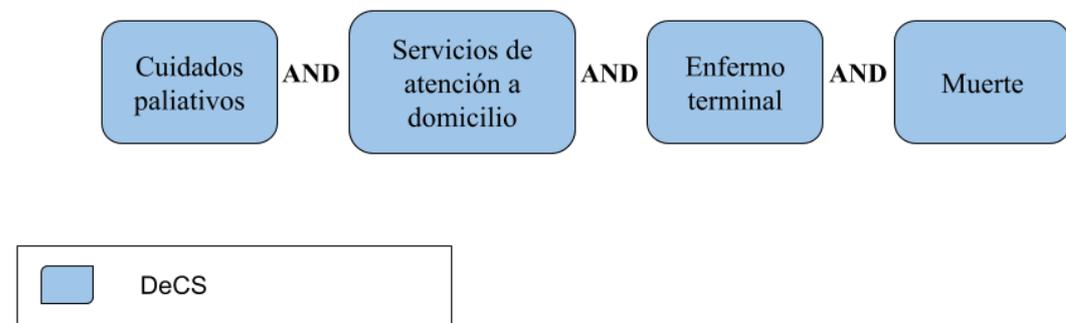
Fuente: Elaboración propia.

4.4.4. Estrategia de búsqueda en LILACS (Información Científica y Técnica en salud de América Latina y el Caribe).

Es la base de datos más importante de América Latina y el Caribe y es continente de una gran cantidad de información recopilada desde 1982 en tesis, documentos, libros y todo tipo de artículos. Se encuentra mantenida y actualizada por más de 600 instituciones educacionales, gubernamentales y de investigación en salud¹⁷.

En ésta base de datos se utilizaron, al igual que en la anterior, únicamente los DeCS; en este caso: “cuidados paliativos”, “servicios de atención de salud a domicilio”, “enfermo terminal”, “muerte” (combinados mediante “AND”). Se aplicó un filtro que limitase los artículos publicados en los últimos 5 años (Figura 4).

Figura 4. Estrategia de búsqueda en LILACS.



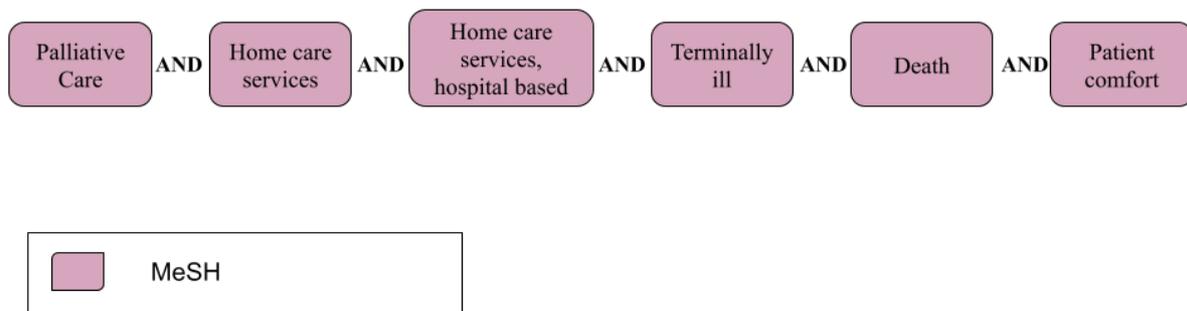
Fuente: Elaboración propia.

4.4.5. Estrategia de búsqueda en Scopus.

La base de datos Scopus contiene revistas científicas, libros y actas de conferencias. Ofrece información a nivel mundial de campos de la ciencia, la tecnología, la medicina, las ciencias sociales y las artes y humanidades¹⁸.

En esta búsqueda se introdujeron los términos MeSH “palliative care”, “home care services”, “home care services, hospital based”, “terminally ill”, “death”, “patient comfort” combinados con el operador booleano “AND”. Por último, se aplicó un filtro que limitase los resultados a artículos publicados en los últimos 5 años (Figura 5).

Figura 5. Estrategia de búsqueda en Scopus.



Fuente: Elaboración propia.

4.5. Criterios de selección de los artículos.

Para elegir cuales de estos resultados se ajustaban más a los objetivos de este trabajo se aplicaron en primer lugar los filtros automáticos de cada base de datos aplicando los siguientes criterios de selección:

4.5.1. Criterios de inclusión

- Artículos completos a los que se puede acceder de forma gratuita.
- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Artículos basados en estudios en seres humanos.
- Artículos publicados en español o inglés.

4.5.2. Criterios de exclusión

- Artículos cuyo contenido no concuerde con el objetivo ni el tema del trabajo.
- Artículos con baja calidad de evidencia.
- Artículos repetidos.

Tras la aplicación de los filtros automáticos se aplicaron los filtros manuales que consistieron en la lectura del título. A la hora de leer los títulos se buscó que hablaran del final de la vida y los cuidados paliativos en el domicilio. Como última medida se realizó la lectura de los abstracts para continuar reduciendo el número.

4.6. Lectura crítica de los artículos

Por último, tras haber descartado los artículos no aplicables a los criterios de selección y tema de estudio se procedió a realizar la lectura crítica de los restantes. Se utilizaron el CASPe (Critical Appraisal Programme Skills español)¹⁹ (Anexos 1-4) y STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology)²⁰ (Anexo 5) para calcular el nivel de evidencia que presentaba cada artículo.

4.7. Cronograma

A continuación, se presenta un cronograma que muestra el orden y el tiempo invertido a lo largo del proceso de realización de este trabajo.

Figura 6. Cronograma.

Mes	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		
	1 - 15	16 - 31	1 - 15	16 - 28	1 - 15	16 - 31	1 - 15	16 - 30	1 - 15	16 - 31	
Elección del tema	■										
Búsqueda en bases de datos		■									
Metodología			■								
Introducción				■							
Objetivos					■						
Resultados				■							
Discusión							■				
Conclusión									■		
Difusión de resultados										■	

Fuente: Elaboración propia.

5. Resultados

5.1. Diagrama de flujo

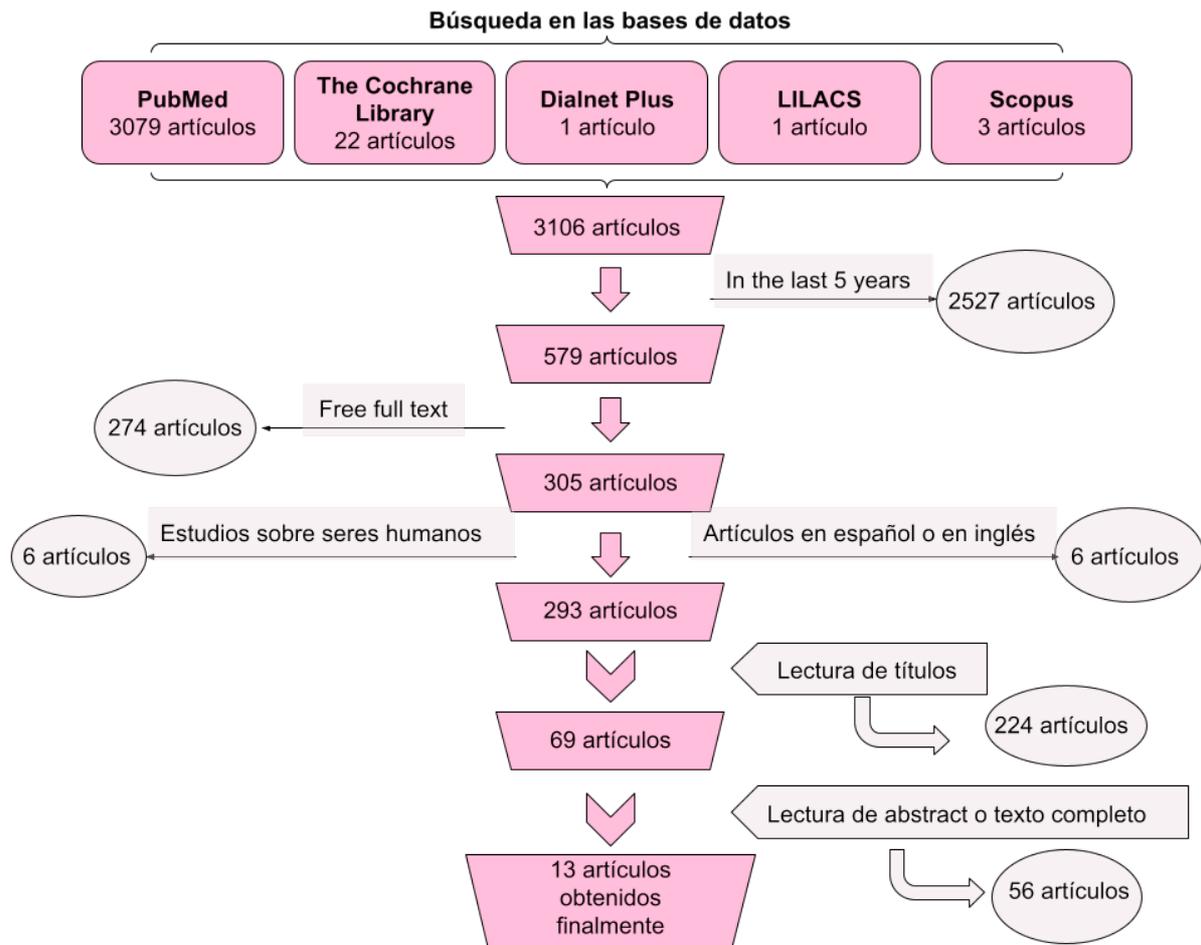
Tras la búsqueda inicial se han obtenido 3106 artículos: 3079 artículos de PubMed, 22 revisiones de The Cochrane Library, 1 artículo de Dialnet Plus, 1 artículo de LILACS y 3 artículos de Scopus. A continuación, se ha seguido un proceso de selección de los artículos obtenidos.

En primer lugar, se limitó a los artículos publicados en los últimos cinco años, reduciendo el número de artículos a 579; seguidamente se eliminaron los artículos que no se encontraran disponibles de forma gratuita, obteniendo un total de 305 artículos. A continuación, se eliminaron los artículos que no estuviesen escritos en inglés ni español y los que no fueron realizados sobre humanos, resultando finalmente en 293 artículos.

El siguiente paso consistió en la lectura de los títulos para eliminar los artículos que no resultarían útiles para la revisión, así se disminuyó el número a de artículos a 69. A partir de este

punto se procedió a leer los abstracts de los distintos artículos, si el abstract resultaba interesante se procedía a la lectura crítica del artículo, obteniendo un total de 13 artículos: 11 provenientes de PubMed, 1 de LILACS y 1 de The Cochrane Library (Figura 7).

Figura 7. Diagrama de flujo sobre búsqueda bibliográfica.



Fuente: Elaboración propia.

5.2. Exclusión de los artículos en la búsqueda.

Durante la exclusión de los artículos se comenzó con un total de 3106, el criterio de exclusión que eliminó un mayor número fue la obligación de haber sido publicados en los últimos 5 años, ya que excluyó un total de 2527 artículos, representando un 82,07% (n=2527) del total de artículos obtenidos en todas las bases de datos.

La disponibilidad gratuita de los artículos también eliminó un gran número de artículos, de los 579 restantes se retiraron un 8,9 % (n=274) del total. Se obtuvieron 305 artículos, los cuales prácticamente todos estaban publicados en español o inglés, de hecho, únicamente se eliminó un 0,19% (n=6) del total con este filtro. También se eliminó un 0,19% (n=6) del total de artículos al seleccionar únicamente estudios realizados en humanos.

Tras este primer proceso de selección se redujo el número de artículos a 293 de los cuales se retiró el 7,21% (n=224) mediante la lectura de los títulos, concretamente el 36,36% (n=8) del total de las revisiones de Cochrane no se adaptaron al tema seleccionado y un 7,02% (n=216) del total de artículos de PubMed también fueron retirados.

Por último, y tras la lectura completa de los artículos restantes, se eliminó el 100% (n=1) de los artículos obtenidos en Dialnet, un 33,33% (n=1) de los obtenidos en Scopus y un 1,75% (n=54) del total de los artículos de PubMed. Se obtuvieron finalmente 13 artículos en total (Tabla 2).

Tabla 2. Tabla de artículos excluidos de las búsquedas.

Base de datos	Artículos obtenidos	Excluidos												Incluidos
		En los últimos 5 años		Free full text		Español o Inglés		Estudios realizados en humanos		Lectura de título		Lectura completa		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
PubMed	3079	2512	81,58	274	8,9	6	0,19	6	0,19	216	7,02	54	1,75	11
The Cochrane Library	22	13	59,09							8	36,36			1
Dialnet Plus	1											1	100	
LILACS	1													1
Scopus	3	2	66,67									1	33,33	
Totales	3106	2527	82,07	274	8,9	6	0,19	6	0,19	224	7,21	56	1,8	13

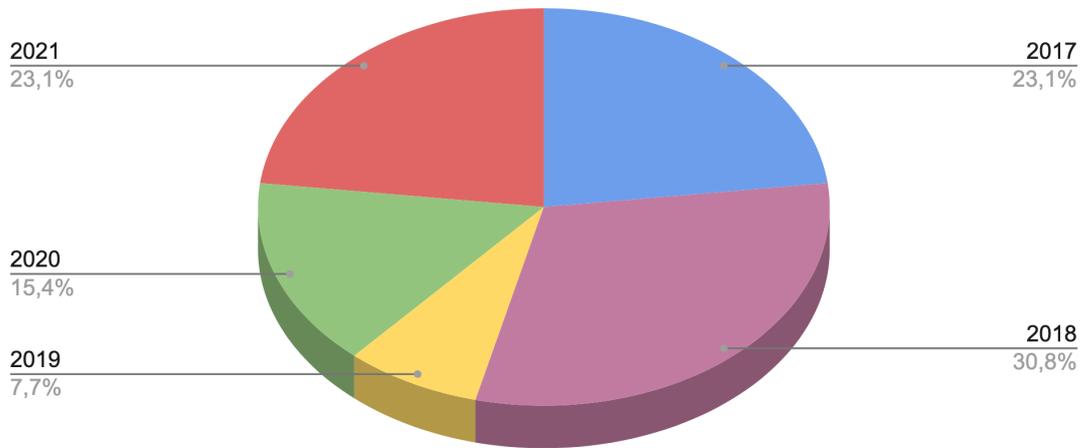
Fuente: Elaboración propia.

5.3. Aspectos generales de los artículos seleccionados

Para el estudio y análisis de los distintos artículos seleccionados se han planteado una serie de características que los clasifican en varios grupos. Estas características han sido el año de publicación, la base de datos de la que se ha obtenido, el país de publicación y el tipo de estudio.

En primer lugar, según el criterio de inclusión que limitaba la búsqueda a los últimos 5 años, del total de artículos obtenidos (n=13), se observó la predominancia de los artículos publicados en 2018, siendo un 30,8% del total (n=4). Por otra parte, en 2017 y 2021 coincide que se obtuvieron 23,1% de los artículos en cada uno (n=3) (Figura 8).

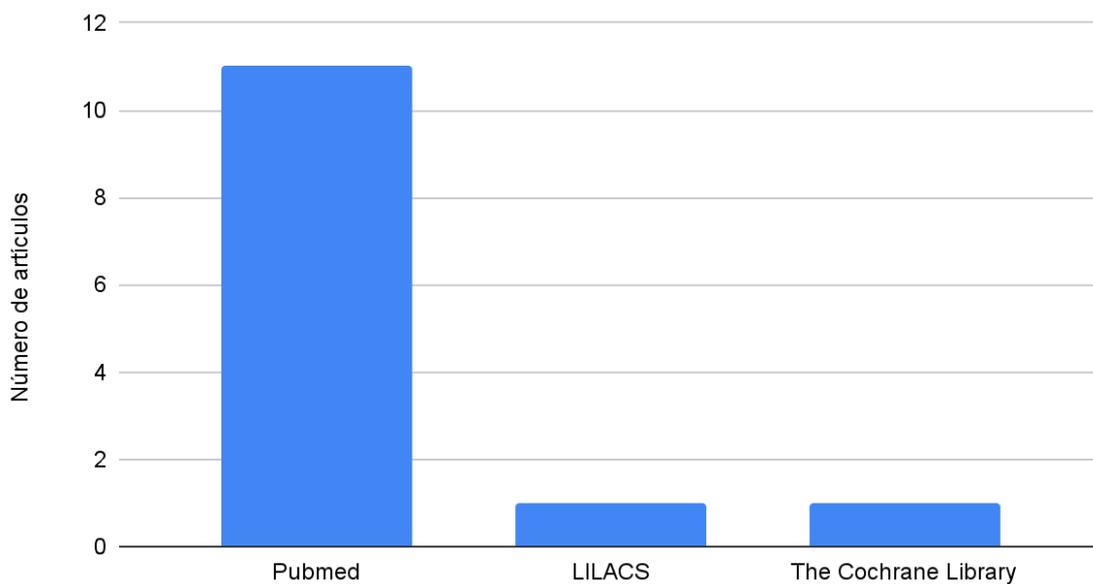
Figura 8. Año de publicación de los artículos seleccionados.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la fuente de obtención de los artículos, del total de publicaciones obtenidas (n=13) se observó una clara mayoría de artículos obtenidos de PubMed (n=11), mientras que se obtuvo un único artículo de LILACS y una revisión sistemática de The Cochrane Library (Figura 9).

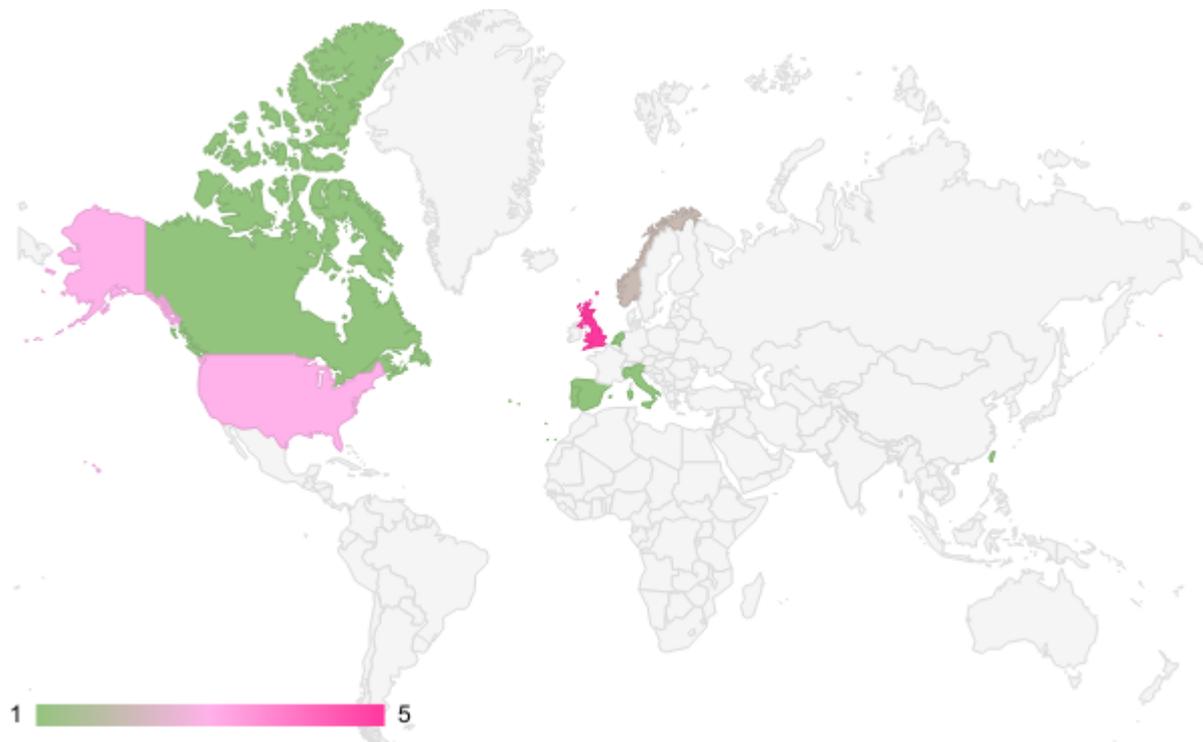
Figura 9. Número de artículos obtenidos en cada base de datos.



Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, el país de publicación de los distintos artículos (n=13) es realmente variado, a pesar de que se observa una clara repetición de artículos publicados en Reino Unido (n=5), seguidos de los publicados en los Estados Unidos de América (n=3) y los publicados en Noruega (n=2) (Figura 10).

Figura 10. Mapamundi de los distintos países de publicación coloreados según la cantidad de artículos.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a los tipos de estudios seleccionados también existe una gran diversidad; principalmente se han utilizado estudios cualitativos (n=4), que forman un 30,77% del total de artículos (n=13) proviniendo el 7,68% (n=1) de LILACS y un 23,08% (n=3) de PubMed. Los estudios de cohortes y los estudios transversales también han sido comunes, ya que se utilizó un 23,08% (n=3) de artículos de cada tipo, todos obtenidos en la base de datos PubMed. Cabe mencionar también que un 15,38% (n=2) de los artículos utilizados fueron revisiones sistemáticas, un 7,69% (n=1) de ellas proveniente de Cochrane y otro 7,69% (n=1) de PubMed.

Por último, se incluyó también un estudio de casos y controles encontrado en PubMed, que conformó el 7,69% (n=1) del total de artículos obtenidos (Tabla 3).

Tabla 3. Tipos de estudios incluidos en cada base de datos.

Tipos de estudios	Bases de datos						Total	
	PubMed		LILACS		The Cochrane Library			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estudio cualitativo	3	23,08	1	7,69			4	30,77
Estudio de cohortes	3	23,08					3	23,08
Revisión sistemática	1	7,69			1	7,69	2	15,38
Estudio de casos y controles	1	7,69					1	7,69
Estudio transversal	3	23,08					3	23,08
Total artículos	11	84,62	1	7,69	1	7,69	13	100

Fuente: Elaboración propia.

5.4. Calidad metodológica y relación con objetivos del estudio

Como criterio de exclusión también se estableció que las distintas publicaciones no podían presentar baja calidad metodológica por lo que se pasaron los cuestionarios CASPe y STROBE correspondientes a cada tipo de estudio (Anexos 6,7).

De los artículos obtenidos (n=13) ninguno presentó baja calidad metodológica (n=0), los resultados de la calidad metodológica según CASPe se encuentran en un intervalo entre 7 y 9,5; mientras que los resultados de los cuestionarios de STROBE se encuentran entre 19 y 21.

A la hora de realizar la lectura crítica de estos artículos se observaron, principalmente, los objetivos de cada uno y su conclusión, para poder determinar a qué objetivo de esta revisión se centraban.

En la tabla siguiente aparecen desglosadas las características principales de los 13 artículos finalmente seleccionados, se representan en ella el título, autores, objetivos, país de publicación, año de publicación, tipo de estudio, conclusiones y calidad metodológica (Tabla 4).

Tabla 4. Características principales de los artículos escogidos para realizar la revisión.

Título	Autores	Objetivos	País de publicación	Diseño del estudio	Conclusiones	Calidad metodológica
Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study ²⁹	BV. Danielsen, AM. Sand, JH. Rosland, O. Forland	Obtención de información sobre las facilidades y obstáculos de pasar el final de la vida y la misma muerte en el hogar.	Noruega	Estudio cualitativo	Los cuidados paliativos óptimos dependen de la estrecha colaboración y del diálogo entre el paciente, la familia, los profesionales de cuidados a domicilio y los profesionales de atención primaria. Para llevar a cabo este tipo de cuidados se necesita una determinada experiencia, unas competencias y un seguimiento regular.	9
Association Between Palliative Care and Death at Home in Adults With Heart Failure ³¹	KL. Quinn, AT. Hsu, G. Smith, N. Stall, AS. Detsky, D. Kavalieratos et al.	Descripción de la prestación de cuidados paliativos recién iniciados en adultos que mueren por insuficiencia cardiaca crónica y su relación con la muerte en el hogar o en hospital	Canadá	Estudio de cohortes	Gran parte de las personas que mueren por insuficiencia cardiaca en hospital no reciben cuidados paliativos. La ampliación de los programas de cuidados paliativos existentes para aumentar el acceso puede mejorar la atención al final de la vida de las personas que mueren con enfermedades crónicas no cancerosas.	7,5
Duration of palliative care before death in international routine practice: a systematic review and meta-analysis ³²	RI. Jordan, MJ Allsop, Y. ElMokhallalati, CE. Jackson, HL. Edwards, EJ. Chapman et al.	Determinar la duración desde el inicio de los cuidados paliativos hasta la muerte en adultos recibiendo cuidados paliativos alrededor de la literatura internacional.	Internacional	Revisión sistemática	Los cuidados paliativos se aplican demasiado tarde en pacientes con enfermedades terminales y debería ampliarse en gran medida su acceso a estos tratamientos para recibir los máximos beneficios en cuanto a calidad del final de la vida.	7,5

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: Características principales de los artículos escogidos para realizar la revisión.

Título	Autores	Objetivos	País de publicación	Diseño del estudio	Conclusiones	Calidad metodológica
Quality of end-of-life care of home-based care with or without palliative services for patients with advanced illnesses ³⁰	JK. Chiang, YH. Kao	Explorar la calidad de atención en el final de la vida para pacientes que reciben atención domiciliaria	Taiwán	Estudio de casos y controles	Los pacientes que recibieron los servicios paliativos a domicilio sufrieron menos intervenciones agresivas y disminuyeron la probabilidad de morir en un hospital.	9
Home care and end-of-life hospital admissions: a retrospective interview study in English primary and secondary care ²¹	S. Hoare, MP. Kelly, S. Barclay	Entender la relación entre los requerimientos que conlleva aportar cuidados paliativos en el domicilio y las admisiones hospitalarias en el final de la vida, y la perspectiva de los familiares que cuidan de ellos en el domicilio sobre el porqué de los ingresos y consecuente muerte en el hospital.	Reino Unido	Estudio de cohortes	La atención domiciliaria al final de la vida depende de una colaboración entre familiares y profesionales de la salud, que habitualmente no disponen de los recursos suficientes para prestar la óptima atención.	9,5
Caregiver support and place of death among older adults ²²	L. Lei, LB. Gerlach, VD. Powell, DT. Maust	Estudiar la asociación entre la disponibilidad del cuidador, el tiempo dedicado a las actividades de cuidado directo y el lugar de la muerte.	Estados Unidos de América	Estudio transversal	El tamaño del hogar, la cantidad de hijas o el nivel económico son determinantes del lugar de muerte. La muerte en el domicilio está asociada a más horas de cuidado directo pero la tensión emocional del cuidador es mucho mayor en las muertes hospitalarias. Mejorando servicios de apoyo para los cuidadores al final de la vida podría optimizar las experiencias de los pacientes y los cuidadores.	21

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: Características principales de los artículos escogidos para realizar la revisión.

Título	Autores	Objetivos	País de publicación	Diseño del estudio	Conclusiones	Calidad metodológica
Home Hospice Caregivers' Perceived Information Needs ²⁴	A. Shalev, V. Phongtankuel, MC. Reid, SJ. Czaja, R. Dignam, R. Baughn et al.	Comprender mejor las necesidades de información de los cuidadores informales en el entorno del hogar en los pacientes paliativos	Estados Unidos de América	Estudio cualitativo	Aproximadamente la mitad de los cuidadores informales entrevistados no fueron correctamente informados. Se debería poner mayor énfasis en cómo son realmente los cuidados a domicilio, que esperar del final de la vida y hasta que nivel ofrece apoyo el equipo de cuidados paliativos.	9
Dying at home for terminal cancer patients: differences by level of education and municipality of residence in Spain ²³	BG. López-Valcárcel, J. Pinilla, P. Barber	Estudiar las diferencias de nivel educativo en relación al lugar de muerte de pacientes con cáncer. Determinar si las desigualdades geográficas están relacionadas con el acceso a cuidados paliativos.	España	Estudio transversal	Los cuidados en el final de la vida podrían ser optimizados en España desarrollando planes específicos de cuidados paliativos incluyendo los equipos de atención primaria en un rol activo.	19
End-of-Life Place of Care, Health Care Settings, and Health Care Transitions Among Cancer Patients: Impact of an Integrated Cancer Palliative Care Plan ²⁸	V. Casotto, M. Rolfini, E. Ferroni, V. Saviolini, N. Gennaro, F. Avossa et al.	Evaluar la relación entre la presencia y la intensidad de un plan de cuidados paliativos integrales del cáncer y la ocurrencia de múltiples transiciones durante el último mes de vida.	Italia	Estudio transversal	Un enfoque de cuidados paliativos bien integrado puede ser eficaz para reducir aún más el porcentaje de pacientes que pasan muchos días en el hospital y/o se someten a cambios frecuentes e inoportunos de su entorno de atención durante su último mes de vida.	19

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: Características principales de los artículos escogidos para realizar la revisión.

Título	Autores	Objetivos	País de publicación	Diseño del estudio	Conclusiones	Calidad metodológica
Late Transitions and Bereaved Family Member Perceptions of Quality of End-of-Life Care ²⁷	LK. Makaroun, JM. Teno, VA. Freedman, JD. Kasper, P. Gozalo, V. Mor.	Examinar la relación entre las transiciones de atención médica en los últimos tres días de vida y la calidad de atención en el final de la vida.	Estados Unidos de América	Estudio de cohortes	Las transiciones en los últimos tres días de vida se asocian con más necesidades insatisfechas, mayor tasa de preocupaciones y menor calidad de atención.	8,5
Relatives' perceived quality of palliative care: comparisons between care settings in which patients die ²⁵	D. DeBoer, JM. Hofstede, AJE, DeVeer, NJH, Rajmakers, AL. Francke	Comparar desde la perspectiva de los familiares si se perciben los cuidados paliativos entre los entornos en los que mueren las personas.	Países Bajos	Estudio cualitativo	La calidad de los cuidados paliativos desde la experiencia de los familiares es más alta cuando la muerte se produce en el hogar o el hospicio. Lo que permite, siempre que ellos lo deseen y sea posible, la muerte en el domicilio.	8
Demonstrations and necessities on the death and dying process: the perspective of the person with cancer ²⁶	AS. Tomaszewski, SG. Oliveira, IC. Arrieira, DH. Cardoso, SF. Sartor	Conocer las manifestaciones y necesidades durante el proceso de muerte de una persona con cáncer en el final de la vida.	Portugal	Estudio cualitativo	El cáncer modifica la vida de los pacientes y sus familiares, lo que requiere habilidades y un trato sensible por parte de los profesionales. Teniendo en cuenta sus dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales.	7
Hospitalización domiciliaria: cuidados paliativos terminales en el domicilio ³³	S. Shepperd, DC. Gonçalves-Bradley, SE. Straus, B. Wee	Determinar si la aplicación de cuidados paliativos en el domicilio reduce la posibilidad de muerte hospitalaria y sus efectos sobre la sintomatología del paciente y su calidad de muerte.	Reino Unido	Revisión sistemática	La evidencia apoya el uso de los programas de cuidados terminales en el domicilio.	9

Fuente: Elaboración propia.

6. Discusión

Pasar los momentos finales de la vida rodeados de los seres más queridos es considerado una regla de oro en cuanto a deseos y preferencias de muerte. Este concepto es muy general, ya que puede desglosarse en una infinidad de opciones que podrían condicionar el cumplimiento de estos deseos.

Sarah Hoare et al.²¹, mediante una serie de entrevistas semiestructuradas que se realizaron tanto a personal sanitario como a los propios pacientes y a sus familiares, observó una serie de posibles complicaciones que habitualmente impiden el cumplimiento de los deseos del paciente.

En primer lugar, para ofrecer el máximo confort a un paciente en el final de su vida, y más adelante en la fase agónica, es necesaria una intervención multidisciplinar que acuda al domicilio periódicamente y a demanda según el avance de la enfermedad, pero es la familia cercana la que estará aportando cuidados continuados durante las veinticuatro horas del día. Esta situación puede provocar agotamiento o ser demasiado exigente para el cuidador principal, que muy habitualmente se trata de la pareja, también de avanzada edad y frágil. De hecho, según Lianlian Lei et al.²² existe una clara relación entre la disponibilidad familiar y las probabilidades de morir en el domicilio y, en consecuencia, sufrir un menor número de transiciones e intervenciones agresivas en el final de la vida. Según su estudio, el tamaño de la familia, más concretamente el número de hijas, estaba estrechamente relacionado con el lugar de su muerte; en cambio, no se observó esta relación con el número de hijos, ya que este tipo de cuidados suele caer sobre las mujeres de la familia.

A pesar de la elevada cantidad de horas de cuidados que han de administrarse en esta situación, los familiares de los pacientes que habían fallecido en el domicilio admitieron mucha menor carga emocional que los familiares de los fallecidos en hospital. Beatriz López-Valcárcel et al.²³ también detectó relaciones entre el lugar de muerte y otros factores sociodemográficos. Mediante un estudio realizado en España observó que la decisión de morir en un hospital o en el domicilio dependía de la Comunidad Autónoma en la que vivía y de su organización; por ejemplo, las personas que viven en Madrid y las Islas Canarias tienden a morir más en hospital, ya sea por un mayor desarrollo del sistema hospitalario o por un menor desarrollo de los cuidados paliativos, respectivamente. En cambio, en la Comunidad Valenciana y Andalucía,

por ejemplo, se suele elegir el domicilio en más ocasiones a causa del desarrollo de los cuidados paliativos y de la existencia de pueblos más pequeños con mayor hábito de fallecer en el hogar. Además, también se descubrió que, en países con acceso gratuito a la atención sanitaria, tener un nivel superior de estudios está relacionado con una mayor posibilidad de una muerte en el domicilio y una mayor calidad de cuidados.

En segundo lugar y continuando con el estudio de Sarah Hoare et al.²¹, se observó que muchos familiares en esta situación se encontraban comprometidos al no tener ningún tipo de experiencia de cuidados anterior y eran desconocedores de cómo prestar los cuidados básicos a su familiar que poco a poco perdía autonomía. Por este motivo muchos tomaron la decisión del ingreso hospitalario, ya que consideraron que los cuidados que ellos podían aportarles no eran los mejores posibles. Ariel Shalev et al.²⁴ realizó un estudio también mediante entrevistas, esta vez únicamente a familiares y obtuvo resultados similares, la mitad de los allegados entrevistados refirieron no haber recibido la información pertinente antes de comenzar con el proceso de cuidados paliativos en casa; muchos no conocían las posibilidades de recursos que disponían, otros no tenían experiencia a la hora de el cuidado físico de su familiar o incluso qué hacer si el estado de salud del paciente empeoraba. En concreto un 19,18% de los entrevistados admitió no haber recibido información suficiente sobre lo que es realmente el proceso del final de la vida, la fase agónica y sus síntomas. Estas personas se sintieron desinformadas e incluso desamparadas y angustiadas en estos momentos en los que deseaban permanecer al lado de sus seres queridos, pero no sabían cómo actuar y, consecuentemente, acabaron acudiendo a servicios de urgencias buscando ayuda. Sarah Hoare et al.²¹ también detectaron dificultades a la hora de llevar a cabo cuidados básicos como la alimentación o la higiene, que en algunas situaciones resultaron incómodos, sobre todo para hijos e hijas.

Por último, Sarah Hoare et al.²¹ quisieron destacar que cada paciente es distinto y cada enfermedad se desarrolla de una forma diferente, haciendo impredecible cuál va a ser su evolución, por lo cual, en muchas ocasiones, a pesar de disponer de todos los recursos y la intención de facilitar la muerte en el propio domicilio, es necesario el ingreso hospitalario a causa de algunos síntomas o reagudizaciones que no provocan comodidad en el hogar para los pacientes ni para sus familiares.

Dolf DeBoer et al.²⁵ comparten este punto de vista y mediante su estudio obtuvieron resultados que confirmaban que los familiares de personas fallecidas en el domicilio habían percibido la calidad de los cuidados al final de la vida mucho superior a la que percibieron los familiares de personas fallecidas en hospitales o residencias. A pesar de este hallazgo, remarcan en su estudio un concepto muy importante a tener en cuenta: ni siempre es posible otorgar los cuidados paliativos en el domicilio, ni siempre es este el deseo del paciente.

El estudio se centra en la importancia que tiene sobre los momentos finales de la vida el tipo de enfermedad que padezca el paciente, de hecho, observó que los pacientes oncológicos tienen mayor probabilidad de morir en el domicilio que los pacientes con demencias o que habían sufrido un accidente cerebrovascular. Esta relación radica directamente en las necesidades principales que presenta un paciente paliativo, las cuales fueron estudiadas más en profundidad por Adriana Tomaszewski et al.²⁶ mediante una serie de entrevistas semiestructuradas que determinaron los cuatro pilares fundamentales que dividen las necesidades de un paciente paliativo, en su caso se centró en los oncológicos: necesidades emocionales, sociales, físicas y espirituales.

Las necesidades emocionales son muy distintas entre pacientes, pero destacó el miedo a la muerte y la tristeza provocada por los cambios físicos y sus limitaciones. También aparecieron sentimientos de odio, impotencia, depresión o culpabilidad.

Estas emociones no siempre son negativas, puesto que también mostraron afecto y sentimientos de esperanza y se sintieron mucho más cerca de sus seres queridos. Por este motivo es muy importante el correcto apoyo emocional tanto por parte del equipo sanitario como por parte de la familia y seres queridos para conseguir realzar las emociones positivas y el confort del paciente.

La exclusión de la vida social e incluso la añoranza al puesto de trabajo forman parte de las necesidades sociales, que han de ser suplidas también por la familia, pasando a ser el colaborador principal de los profesionales de la salud. Las necesidades físicas engloban el gran abanico de síntomas que provocan tanto la enfermedad como el final de la vida, siendo el principal el dolor, que es distinto para cada persona y nunca debe ser infravalorado. Lena Makaroun et al.²⁷ también estudiaron la sintomatología de los pacientes paliativos en los últimos

3 días de vida y predominaron el dolor, la disnea y la ansiedad; además de un empeoramiento de la sintomatología general.

Por último, la religión y la espiritualidad contribuyen en el afrontamiento de la enfermedad, independientemente de cuáles sean las creencias del paciente. Habitualmente la esperanza está muy relacionada con el deseo de vivir; la fe otorga a estas personas paz y esperanza y, consecuentemente, les da fortaleza para enfrentar su enfermedad.

Para cubrir esta gran diversidad de necesidades es muy indispensable que los cuidados paliativos sean aportados por un equipo multidisciplinar, así lo defienden Verónica Casotto et al.²⁸ y Britt Danielsen et al.²⁹.

Por una parte, Verónica Casotto et al.²⁸ se centraron en la necesidad de una reestructuración de los planes de cuidados paliativos para que sean integrales y personalizados, de tal forma que se eviten los ingresos hospitalarios innecesarios al final de la vida, así como intervenciones agresivas e innecesarias debido a el estado avanzado de la enfermedad. Estas conclusiones son compartidas por Jui-Kun Chiang et al.³⁰ que mediante un estudio sobre la calidad de final de la vida obtuvieron un menor número de intervenciones agresivas en los momentos finales de la vida en pacientes que recibían los cuidados paliativos en el domicilio, así como un menor número de muertes hospitalarias.

Por otro lado, Britt Danielsen et al.²⁹ realizaron entrevistas semiestructuradas a personal de enfermería sobre los requisitos que debe cumplir un buen plan de cuidados paliativos con el fin de evitar ingresos indeseados. Mencionaron, cómo se ha comentado con anterioridad que, a pesar de el deseo generalizado de favorecer la muerte en el domicilio, no siempre es la situación más confortable u óptima para el paciente. La primera condición necesaria para conseguir el objetivo deseado es la intervención multidisciplinar, que debe comenzar desde el alta hospitalaria al domicilio, mediante una correcta comunicación con los profesionales de atención primaria y el personal de la hospitalización a domicilio.

Otro importante requisito es favorecer el sentimiento de seguridad de los familiares en el hogar, ya que la calidad de cuidados depende principalmente de la buena comunicación entre la familia y el equipo de salud. La comunicación se beneficiará si la familia y el paciente se sienten

protegidos en el domicilio, si no les surgen dudas o si saben a quién acudir para conseguir ayuda.

Los ingresos hospitalarios en el final de la vida, siempre que sean para realizar intervenciones innecesarias, empeoran gravemente la experiencia de los pacientes durante sus últimos días. Kieran Quinn et al.³¹ determinaron mediante su estudio que el lugar en el que morían los pacientes diagnosticados con insuficiencia cardiaca dependía principalmente de recibir cuidados paliativos y con qué antelación a la muerte eran aplicados. De hecho, se observó que un acceso demasiado tardío a servicios de cuidados paliativos estaba relacionado con la utilización de servicios de urgencias con reagudizaciones graves que auguraban una muerte próxima. Lena Makaroun et al.²⁷ además realizaron un estudio mediante el cual observaron la percepción de la calidad de cuidados que recibían los pacientes paliativos en la fase final de la vida y, concretamente, en los últimos 3 días la calidad de los cuidados empeoró gravemente en los pacientes que habían sufrido ingresos hospitalarios o en unidades de larga estancia.

Con el fin de evitar las intervenciones indeseadas durante el proceso agónico se observó una reducción del 45% de ingresos hospitalarios los tres meses anteriores a la muerte gracias a los cuidados paliativos en el domicilio. Roberta Jordan et al.³² obtuvieron conclusiones similares sobre la importancia de la antelación de los cuidados paliativos y realizaron un estudio internacional mediante el que descubrieron una gran diferencia de duración de los cuidados paliativos entre distintos países. El intervalo de duraciones se extendía de 6 a 69 días y observaron que cuanto mayor era el nivel de desarrollo del país y mayor desarrollo de los equipos de cuidados paliativos se producía un efecto negativo en la duración de los cuidados paliativos.

Estos resultados deben contemplarse teniendo en cuenta que cada enfermedad es distinta y que generalmente los pacientes de cáncer requieren cuidados paliativos prácticamente desde el diagnóstico. Los cuidados paliativos deben ser individualizados y, por tanto, no siempre se pueden aplicar las mismas recomendaciones a todos los pacientes. Este artículo concluyó que los cuidados paliativos internacionalmente tienen una duración inferior a la recomendada por la evidencia existente, que marca entre 3 y 4 meses.

Para concluir, Sasha Shepperd et al.³³ realizaron una revisión sistemática de la literatura existente y concretaron la importancia de continuar desarrollando y mejorando los planes de cuidados paliativos, para conseguir facilitar el acceso de un mayor número de pacientes a los cuidados paliativos en el domicilio. Además, destacó la importancia de combinar el equipo de atención domiciliaria con el de atención primaria para brindar atención las veinticuatro horas. En contraposición, Roberta Jordan et al.³² concluyeron que los cuidados paliativos únicamente aplicados por parte de atención primaria mejorarían mucho más la calidad de final de vida que los proporcionados por unidades de hospitalización móvil, ya que el equipo de atención primaria conoce mucho mejor al paciente y ha realizado un seguimiento sobre su salud a lo largo del tiempo.

6.1. Limitaciones y nuevas líneas de investigación

A pesar de la evidencia obtenida existen ciertas limitaciones a la hora de realizar este trabajo que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, se trata de un tema sobre el que existe muy poca literatura, la fase agónica en concreto es un término que no dispone de un descriptor en lenguaje controlado mediante el cual limitar los artículos a este periodo únicamente; es más, el término en inglés más cercano obtenido es “end of life” y se ha utilizado para describir hasta los últimos doce meses de vida.

También cabe mencionar que, debido a la escasez de evidencia, de los 13 artículos seleccionados 4 fueron estudios cualitativos y sus datos fueron obtenidos mediante entrevistas semiestructuradas a un grupo reducido de pacientes, familiares o profesionales de la enfermería. Por este motivo los resultados obtenidos en algunos estudios no son realmente representativos para todos los pacientes paliativos ni tan concretos como para obtener conclusiones cerradas.

Por último, ya que estos datos tratan los momentos finales de la vida y la misma muerte, gran parte de los resultados obtenidos han sido comunicados por familiares y profesionales y no se dispone de información de la experiencia real de los mismos pacientes.

Debido a esta falta de evidencia se abre una puerta que permite continuar profundizando en este campo y continuar con esta línea de investigación ya que la prevalencia de enfermedades crónicas continúa aumentando y, por tanto, cada vez más personas requerirán cuidados

paliativos y una atención especializada durante la fase agónica; por ende, se necesitará información más concreta para poder facilitar el cumplimiento de sus deseos en el final de la vida.

7. Conclusiones

En primer lugar, se han identificado cuáles son los diferentes factores que influyen sobre el lugar en el que se produce la fase agónica y pueden entorpecer su proceso en el domicilio; el principal es el tipo de enfermedad y la impredecible evolución de ésta. Además, influyen muchos otros más como son la disponibilidad de familiares que puedan encargarse de los cuidados básicos, el nivel económico, la situación sociocultural, el sistema sanitario del país en el que se encuentran e incluso distintas tendencias dentro de un mismo país dependiendo de la organización de la zona, como es el caso de España.

Tras observar las necesidades de los pacientes y sus familiares durante el momento final de la vida y su proceso en el domicilio, se han detectado necesidades emocionales, sociales, psicológicas y espirituales muy amplias y variables en intensidad; los síntomas más comunes durante la fase agónica en el paciente son el dolor, la disnea y la ansiedad. En cuanto a los familiares, es habitual el sentimiento de incertidumbre y desinformación; además perciben los cuidados paliativos aportados en el domicilio con mayor calidad y la muerte hospitalaria con mayor carga emocional.

Por último, los cuidados paliativos al final de la vida, aplicados con la antelación adecuada y mediante una intervención multidisciplinar con disponibilidad las veinticuatro horas, han demostrado reducir las probabilidades de que se produzca la fase agónica en un hospital o de que se sufran intervenciones que disminuyan la calidad de vida de los pacientes. Según la evidencia obtenida, se deben crear nuevos planes de cuidados paliativos de forma integrada, haciéndolos más sensibles a la población diana y a cada paciente por separado, facilitando su adaptación y otorgando la oportunidad de recibir los cuidados en domicilio si así es posible.

Como conclusión general, una gran mayoría de pacientes desean pasar el final de sus días en su domicilio rodeados de los suyos y, a pesar de que sus familiares y los profesionales de la salud hagan todo lo posible para llevarlo a cabo no siempre se obtiene el final deseado. La evidencia

ha demostrado que la muerte en el domicilio provoca mejores resultados en cuanto a la calidad de final de vida y confort del paciente, pero el contexto en el que se produce la muerte no siempre permite que se produzca en el domicilio.

8. Índice de tablas.

Tabla 1. Palabras clave y descriptores.	8
Tabla 2. Tabla de artículos excluidos de las búsquedas.	17
Tabla 3. Tipos de estudios incluidos en cada base de datos.	20
Tabla 4. Características principales de los artículos escogidos para realizar la revisión.	22

9. Índice de figuras.

Figura 1. Estrategia de búsqueda en PubMed.	9
Figura 2. Estrategia de búsqueda en The Cochrane Library.	10
Figura 3. Estrategia de búsqueda en Dialnet Plus.	11
Figura 4. Estrategia de búsqueda en LILACS.	11
Figura 5. Estrategia de búsqueda en Scopus.	12
Figura 6. Cronograma.	14
Figura 7. Diagrama de flujo sobre búsqueda bibliográfica.	15
Figura 8. Año de publicación de los artículos seleccionados.	18
Figura 9. Número de artículos obtenidos en cada base de datos.	18
Figura 10. Mapamundi de los distintos países de publicación coloreados según la cantidad de artículos.	19

10. Bibliografía

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos: Introducción [Internet]. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2014 [Consultado 2022 Mar 30]. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1
2. Griebeler FR, Oliveira S, Zeppini J, Pellegrini V, Timm A. Definiciones para “cuidados paliativos”, “final de vida” y “enfermedad terminal” en oncología: scoping review. *Enfermería Cuid Humaniz* [Internet]. 2020 Oct 22 [Consultado 2022 Mar 30];9(2):205–28. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000200205&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
3. Sociedad española de oncología médica. Cifras del cancer en españa 2020 [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. 2020. 36 p. Available from: www.seom.org
4. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos: Definición de cuidados paliativos [Internet]. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2014 [Consultado 2022 Mar 30]. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal
5. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Noticias: Preocupante aumento de personas sin acceso a cuidados paliativos: más de 77.500 cada año [Internet]. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2019 [Consultado 2022 Apr 28]. Disponible en: <https://www.secpal.com/Preocupante-aumento-de-personas-sin-acceso-a-cuidados-paliativos-mas-de-77500-cada-ano>
6. Center to Advance Palliative Care. Definición de cuidados paliativos: ¿Qué son los cuidados paliativos? [Internet]. Get Palliative Care. 2022 [Consultado 2022 Mar 30]. Disponible en: <https://getpalliativecare.org/es/whatis/>
7. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos: Objetivos y bases de la terapéutica [Internet]. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2014 [Consultado 2022 Mar 30]. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_3-objetivos-y-bases-de-la-terapeutica
8. Campello C, Chocarro L. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Med Paliativa*

- [Internet]. 2018 Apr 1 [Consultado 2022 Mar 30];25(2):66–82. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-necesidades-cuidados-paliativos-enfermos-no-S1134248X17300538>
9. Cámara Argentina de Especialidades Medicinales. Sociedad y medicamentos: La importancia de los cuidados paliativos. [Internet]. CAEME. 2019 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.caeme.org.ar/la-importancia-de-los-cuidados-paliativos/>
 10. American Cancer Society. ¿Cómo y dónde se brindan los cuidados paliativos y cómo se pagan? [Internet]. American Cancer Society. 2019 [Consultado 2022 Mar 30]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/quien-ofrece-cuidado-paliativo.html>
 11. Goswami S. Home Based Palliative Care. Suggest Addressing Clin Non-Clinical Issues Palliat Care [Internet]. 2021 Jun 25 [Consultado 2022 Mar 30]; Disponible en: <https://www.intechopen.com/chapters/77344>
 12. Irurzum Zuazabal J. Actuación Paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal. [Internet]. Paliativos sin fronteras. 2007 [Consultado 2022 Mar 30]; 19–20. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/ACTUACION-PALIATIVA-DISTINTAS-FASES-PALIACION-IRURZUN.pdf>
 13. What is Active Dying? Active Dying Definition [Internet]. Crossroads. [Consultado 2022 Mar 30]. Disponible en: <https://www.crossroadshospice.com/hospice-resources/end-of-life-signs/what-is-active-dying/>
 14. PubMed Overview: About the content [Internet]. National Library of Medicine [Consultado 2022 Mar 30]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
 15. Cochrane: Quiénes somos. [Internet]. Cochrane. [Consultado 2022 Mar 30]. Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/about-us>
 16. Dialnet: Qué es Dialnet [Internet]. Dialnet. [Consultado 2022 Mar 30]. Disponible en: <https://soporte.dialnet.unirioja.es/portal/es/kb/articles/qué-es-dialnet>

17. LILACS, Información Científica y Técnica en Salud de América Latina y el Caribe. [Internet]. LILACS [Consultado 2022 Mar 30]. Disponible en: <https://lilacs.bvsalud.org/es/#sobre>
18. Scopus, La mayor base de datos de bibliografía revisada por pares [Internet]. Elsevier [Consultado 2022 Mar 30]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/solutions/scopus>
19. Redcaspe: Materiales [Internet]. CASPe [Consultado 2022 Mar 31]. Disponible en: <https://redcaspe.org/materiales/>
20. STROBE - Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology [Internet]. STROBE [Consultado 2022 Apr 9]. Disponible en: <https://www.strobe-statement.org/>
21. Hoare S, Kelly MP, Barclay S. Home care and end-of-life hospital admissions: a retrospective interview study in English primary and secondary care. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2019 Jun 18 [Consultado 2022 Apr 6];69(685):e561. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6582452/>
22. Lei L, Gerlach LB, Powell VD, Maust DT. Caregiver support and place of death among older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2021 May 1 [Consultado 2022 Apr 6];69(5):1221–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33590479/>
23. López-Valcárcel BG, Pinilla J, Barber P. Dying at home for terminal cancer patients: differences by level of education and municipality of residence in Spain. *Gac Sanit* [Internet]. 2019 Nov 1 [Consultado 2022 Apr 7];33(6):568–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390994/>
24. Shalev A, Phongtankuel V, Reid MC, Czaja SJ, Dignam R, Baughn R, et al. Home Hospice Caregivers' Perceived Information Needs. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2018 Apr 1 [Consultado 2022 Apr 7];36(4):302. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30301363/>
25. De Boer D, Hofstede JM, De Veer AJE, Raijmakers NJH, Francke AL. Relatives' perceived quality of palliative care: comparisons between care settings in which patients

- die. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017 Aug 16 [Consultado 2022 Apr 13];16(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28814321/>
26. Tomaszewski AS, Oliveira SG, Arrieira ICO, Cardoso DH, Sartor SF. Demonstrations and necessities on the death and dying process: perspective of the person with cancer. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2017 Jul 11;9(3):705–16.
27. Makaroun LK, Teno JM, Freedman VA, Kasper JD, Gozalo P, Mor V. Late Transitions and Bereaved Family Member Perceptions of Quality of End-of-Life Care. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2018 Sep 1 [Consultado 2022 Apr 7];66(9):1730. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972587/>
28. Casotto V, Rolfini M, Ferroni E, Savioli V, Gennaro N, Avossa F, et al. End-of-Life Place of Care, Health Care Settings, and Health Care Transitions Among Cancer Patients: Impact of an Integrated Cancer Palliative Care Plan. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017 Aug 1 [Consultado 2022 Apr 7];54(2):167–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28479411/>
29. Danielsen BV, Sand AM, Rosland JH, Førland O. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2018 Jul 18 [Consultado 2022 Apr 5];17(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30021583/>
30. Chiang JK, Kao YH. Quality of end-of-life care of home-based care with or without palliative services for patients with advanced illnesses. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2021 May 7 [Consultado 2022 Apr 6];100(18):e25841. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33950997/>
31. Quinn KL, Hsu AT, Smith G, Stall N, Detsky AS, Kavalieratos D, et al. Association Between Palliative Care and Death at Home in Adults With Heart Failure. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2020 [Consultado 2022 Apr 5];9(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32070207/>
32. Jordan RI, Allsop MJ, ElMokhallalati Y, Jackson CE, Edwards HL, Chapman EJ, et al. Duration of palliative care before death in international routine practice: a systematic

review and meta-analysis. BMC Med [Internet]. 2020 Dec 1 [Consultado 2022 Apr 5];18(1). Disponible en: [/pmc/articles/PMC7690105/](#)

33. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2021 Mar 16 [Consultado 2022 Apr 13];2021(3). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009231.pub3/full>

11. Anexos

Anexo 1. Preguntas CASPe para la lectura crítica de un estudio cualitativo.

1	¿Se definieron de forma clara los objetivos?	Sí	NS	No
2	¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí	NS	No
3	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	NS	No
4	¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	NS	No
5	¿Las técnicas de recogida de datos utilizadas son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	NS	No
6	¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Sí	NS	No
7	¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	NS	No
8	¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	NS	No
9	¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	NS	No
10	¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí	NS	No

Fuente: *Elaboración propia.*

Anexo 2. Preguntas CASPe para la lectura crítica de un estudio de cohortes.

1	¿El estudio se centra en un tema claramente definido?	Sí	NS	No
2	¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?	Sí	NS	No
3	¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?	Sí	NS	No
4	¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?	Sí	NS	No
5	¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?	Sí	NS	No
6	¿Cuáles son los resultados de este estudio?	Sí	NS	No
7	¿Cuál es la precisión de los resultados?	Sí	NS	No
8	¿Te parecen creíbles los resultados?	Sí	NS	No
9	¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?	Sí	NS	No
10	¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí	NS	No
11	¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?	Sí	NS	No

Fuente: *Elaboración propia.*

Anexo 3. Ficha de preguntas CASPe para la lectura crítica de una revisión bibliográfica.

1	¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí	NS	No
2	¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí	NS	No
3	¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí	NS	No
4	¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?	Sí	NS	No
5	Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?	Sí	NS	No
6	¿Cuál es el resultado global de la revisión?	Sí	NS	No
7	¿Cuál es la precisión del resultado/s?	Sí	NS	No
8	¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí	NS	No
9	¿Se han conseguido todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí	NS	No
10	¿Los beneficios merecen la pena frente a los prejuicios y costes?	Sí	NS	No

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4. Ficha de preguntas CASPe para la lectura crítica de un estudio de casos y controles.

1	¿El estudio se centra en un tema claramente definido?	Sí	NS	No
2	¿Los autores han utilizado un método apropiado para responder a la pregunta?	Sí	NS	No
3	¿Los casos se reclutaron/incluyen de una forma aceptable?	Sí	NS	No
4	¿Los controles se seleccionaron de una manera aceptable?	Sí	NS	No
5	¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?	Sí	NS	No
6	A ¿Qué factores de confusión han tenido en cuenta los autores?	Sí	NS	No
	B ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial de los factores de confusión el diseño y/o análisis?	Sí	NS	No
7	¿Cuáles son los resultados de este estudio?	Sí	NS	No
8	¿Cuál es la precisión de los resultados?	Sí	NS	No
9	¿Te crees los resultados?	Sí	NS	No
10	¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio?	Sí	NS	No
11	¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?	Sí	NS	No

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5. Ficha de preguntas STROBE para la lectura crítica de un estudio transversal.

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Fuente: Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology.

Anexo 6. Resultados de la calidad metodológica evaluada según CASPe.

Autor	Tipo de estudio	Preguntas CASPe											Puntuación
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Britt V. Danielsen et al.	Estudio cualitativo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	-	9
Kieran K. Quinn et al.	Estudio de cohortes	Sí	Sí	No	Sí	Sí	NS	NS	Sí	Sí	No	NS	7,5
Roberta I. Jordan et al.	Revisión sistemática	Sí	Sí	Sí	No	Sí	NS	Sí	No	Sí	Sí	-	7,5
Jui-Kung Chiang et al.	Estudio de casos y controles	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	NS	NS	Sí	Sí	Sí	9
Sarah Hoare et al.	Estudio de cohortes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NS	NS	Sí	Sí	Sí	NS	9,5
Ariel Shalev et al.	Estudio cualitativo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	-	9
Lena K. Makaroun et al.	Estudio de cohortes	Sí	Sí	No	Sí	Sí	NS	NS	Sí	Sí	Sí	NS	8,5
Dolf DeBoer et al.	Estudio cualitativo	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	-	8
Adriana S. Tomaszewski et al.	Estudio cualitativo	Sí	Sí	Sí	No	SÍ	No	Sí	No	Sí	Sí	-	7
Sasha Shepperd et al.	Revisión sistemática	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NS	NS	Sí	Sí	Sí	-	9

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 7. Resultados de la calidad metodológica evaluada según STROBE.

Autor	Tipo de estudio	Preguntas STROBE																						Puntuación
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Lianlian Lei et al.	Estudio transversal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	21
Beatriz G. López-Valcárcel et al.	Estudio transversal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No	19
Veronica Casotto et al.	Estudio transversal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	19						

Fuente: Elaboración propia.