

**CONFORT EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
ENFERMEDAD TERMINAL: REVISIÓN INTEGRATIVA**

Leidy Yurany Ibarra Vergara

**Fundación Universitaria Del Área Andina
Programa Enfermería
Facultad De Ciencias De La Salud
Santiago De Cali 2021**

CONFORT EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
ENFERMEDAD TERMINAL: REVISIÓN INTEGRATIVA

LEIDY YURANY IBARRA VERGARA

Trabajo De Investigación Para Optar Por El Título De Enfermera

ASESOR

YANETH ESPERANZA JARAMILLO

Fundación Universitaria Del Área Andina
Programa Enfermería
Facultad De Ciencias De La Salud
Santiago De Cali 2021

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, 30 marzo de 2022

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia que son el pilar fundamental de mi vida, gracias a su apoyo incondicional he logrado llegar al punto donde me encuentro el día de hoy, y con una sonrisa que ilumina mi rostro podemos decir... familia: estoy a un paso de ser Enfermera.

Tabla de Contenido

	Pág.
1. Introducción	11
2. Problema	14
2.1 Planteamiento del problema	14
2.2 Formulación del problema	15
3. Justificación	16
4. Objetivo	18
4.1 Objetivo general	18
4.2 Objetivos específicos	18
5. Marco de referencia	19
5.1 Marco de antecedentes	19
5.2 Marco teórico	20
5.2.1 Cuidado de enfermería	20
5.2.2 Cuidados paliativos	22
5.2.3 Cuidado terminal	29
5.3 Marco conceptual	31
5.4 Marco ético y legal	32
5.5 Marco disciplinar	35
5.5.1 Teoría del Confort de Kolcaba	36
5.5.2 Supuestos teóricos de Kolcaba	36
5.5.3 Metaparadigma de la teoría del confort de Kolcaba	38
6. Metodología	41
6.1 Tipo de estudio	41
6.2 Etapas de desarrollo de la revisión integrativa de la literatura	42
6.2.1 Identificación del problema	42
6.2.2 Formulación de la pregunta de investigación con base en la estructura PICOT	42

6.2.3	Protocolo de Búsqueda de literatura	43
6.2.4	Evaluación de datos	45
6.2.5	Análisis de los datos	45
6.2.6	Presentación de resultados	46
6.3	Consideraciones éticas	46
7.	Resultados	47
8.	Discusión	51
8.1	Percepción de confort del paciente con enfermedad terminal en los cuidados de enfermería	51
8.2	Enfermedades terminales más comunes relacionadas con los cuidados de enfermería	52
8.3	Describir los principales elementos de la teoría de Katherine Kolcaba relacionados con el confort en la atención en enfermería.	54
9.	Conclusiones	56
10.	Bibliografía	58

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Estructura PICOT	42
Tabla 2. Definición de descriptores según tesauros.	43
Tabla 3. Definición de las fuentes de búsqueda	43
Tabla 4. Estudios seleccionados para el estudio	48

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Supuestos teóricos de Kolcaba,	36
Figura 2. Síntesis del proceso de selección de estudios	47

Resumen

Ser diagnosticado con una enfermedad incurable sin un tratamiento que suponga la mejoría en el bienestar, es un escenario que afecta tanto al paciente como a su familia, por lo tanto, el papel que juega la enfermería en el cuidado paliativo y el confort del paciente hasta el final de sus días. El objetivo de la presente revisión es Analizar la percepción de los pacientes con enfermedad terminal frente a los cuidados de confort brindados por enfermería. Se llevó a cabo una revisión integrativa de la literatura, con alcance descriptivo de corte transversa, el problema de investigación se desglosó en metodología PICOT, se realizó una búsqueda en las bases de datos indexadas Scielo y Lilacs, bajo los descriptores de búsqueda cuidados paliativos y atención de enfermería, en español y portugués, publicados en los años 2016 a 2021, Para el análisis de la calidad de los estudios se tuvo en cuenta la fecha de publicación y la estructura, en función del objetivo del estudio, la metodología, los resultados y las conclusiones de cada estudio. Para ello, se creó una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel 2016. Dentro de los resultados, se encontraron un total de 141 artículos en la búsqueda realizada, de los cuales se descartaron 135 artículos, encontrándose 6 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados evidencian que existen diferentes manifestaciones clínicas desencadenadas por las enfermedades terminales, como el dolor lumbar, las laceraciones en piel, úlceras por presión, dolor, pérdida de apetito, por su parte las neoplasias con mayor prevalencia fueron las relacionadas con el cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y cáncer digestivo, también se encontró que las enfermedades terminales como falla renal crónica, forman parte de la necesidad de los cuidados paliativos, los cuales resaltan bajo la teoría de Kolcaba la necesidad de generar estrategias específicas para cada una de las necesidades del paciente. Se concluye que Es necesario ponerse en el lugar del paciente según las necesidades propias de este teniendo en cuenta las percepciones del dolor y de confort que este precisa y como la enfermera lo atiende.

Palabras claves: Teoría del confort, Cuidados Paliativos, Paciente terminal.

Abstract

Being diagnosed with an incurable disease without a treatment that supposes the improvement in well-being, is a scenario that affects both the patient and his family, therefore, the role that nursing plays in palliative care and the comfort of the patient until the end of his days. The objective of this review is to analyze the perception of patients with terminal illness in relation to the comfort care provided by nursing. An integrative review of the literature was carried out, with a descriptive scope of a transverse nature, the research problem was disaggregated in PICOT methodology, a search was carried out in the indexed databases Scielo and Lilacs, under the search descriptors palliative care and nursing care, in Spanish and Portuguese, published in the years 2016 to 2021, For the analysis of the quality of the studies, the date of publication and the structure were taken into account, depending on the objective of the study, the methodology, the results and the conclusions of each study. To do this, a spreadsheet was created in the Microsoft Excel 2016 program. Within the results, a total of 141 articles were found in the search carried out, of which 135 articles were discarded, finding 6 that met the inclusion and exclusion criteria. The results show that there are different clinical manifestations triggered by terminal diseases, such as low back pain, skin lacerations, pressure ulcers, pain, loss of appetite, on the other hand the neoplasms with the highest prevalence were those related to breast cancer, cervical cancer and digestive cancer, it was also found that terminal diseases such as chronic renal failure, are part of the need for palliative care, which highlight under Kolcaba's theory the need to generate specific strategies for each of the patient's needs. It is concluded that it is necessary to put yourself in the place of the patient according to the needs of this considering the perceptions of pain and comfort that this needs and how the nurse attends it.

Keywords: Comfort theory, Palliative Care, Terminal patient.

1. Introducción

Las consecuencias de ser diagnosticado con una enfermedad incurable, con o sin posibilidad de tratamiento curativo, son difíciles de tolerar para los pacientes y sus familias. Comprender este proceso es espantoso por las implicaciones sociales del dolor, la limitación y la muerte, y ayuda a cuidar a los pacientes que atraviesan esta etapa (Santamaría, et al., 2015). Así, los pacientes crónicos e incurables dicen: cuidar significa empatizar con alguien, ayudarlo a independizarse, invitarlo a compartir la responsabilidad y el miedo, y convertirlo en el verdadero foco de atención de la enfermería (Muñoz, et al., 2015).

Es necesario contar con cuidados prioritarios porque lo que se reconoce que la persona dedicada al cuidado individual de los pacientes que envuelven el dolor humano en su delicadeza, abnegación y celofán sensible, es una actitud que juega un papel muy importante, especialmente en pacientes en etapa terminal o moribundos, las actitudes son la forma en que las personas se comportan, los comportamientos que utilizan para hacer las cosas y también pueden verse como una forma de motivación específica para determinar el comportamiento (Oblitas, Pérez, y Gonzales, 2015).

Cabe resaltar que en el ámbito hospitalario se ha observado un aumento de pacientes con afecciones al final de la vida, lo que sin duda los llevará a completar su vida en un período de tiempo relativamente corto. Por otra parte, el impacto y reducción de esta situación en el cuidador primario es desde el momento en que se da cuenta de la situación de despido de sus familiares hasta su muerte, y se manifiesta la atención inadecuada que se le brinda por cautela, se le pagará por sus necesidades básicas. Además de la parte emocional, los pacientes están en crisis constante y no solo experimentan pérdida y tristeza que es propensa a múltiples situaciones.

La atención de enfermedades terminales y la atención al final de la vida es un problema complejo y difícil, que expone a los profesionales de la salud, especialmente a

los cuidadores, a una atención más directa y personalizada para estos pacientes al final de la vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos son los responsables de esto, los pacientes con enfermedad progresiva, progresiva, incurable y sus familiares brindan una atención específica, activa e integral (Medlineplus, 2012; Minsap, 2014). Por tal motivo, los cuidados paliativos que se brindan a los pacientes en etapa terminal, por otro lado, son profesionales y humanos para ayudar a los pacientes y sus familias con el objetivo de aliviar la angustia y brindar la mejor comodidad posible para encontrar un paciente. familia. Según la OMS, el acceso a los cuidados paliativos debe diagnosticarse según sea necesario, no como pronóstico (Sánchez, 2018).

En el ámbito hospitalario se ha observado un aumento de pacientes con afecciones al final de la vida, lo que sin duda los llevará a completarla en un período de tiempo relativamente corto. Por otra parte, el impacto y reducción de esta situación en el cuidador primario es desde el momento en que se da cuenta de la situación de despido de sus familiares hasta su muerte, y se manifiesta la atención inadecuada que se le brinda por cautela, se le pagará por sus necesidades básicas. Además de la parte emocional, los pacientes están en crisis constante y no solo experimentan pérdida y tristeza que es propensa a múltiples situaciones (Guerrero, et al., 2016).

Sin embargo, la evaluación multidimensional representa la esencia de un proceso de atención integral en cuidados paliativos, por lo que debe incluir información sobre el grado de bienestar-malestar del paciente. Con esta información, los expertos pueden crear el plan de atención óptimo para las necesidades de comodidad de cada paciente (físico, social, mental y ambiental) y establecer la dirección de la atención interdisciplinaria. Pueden tomar mejores decisiones sobre el tratamiento y realizar intervenciones de comodidad adaptadas a sus necesidades (Garzón, et al., 2010).

De esta forma, el conocimiento de la experiencia confortable del paciente es un aspecto relacionado con la práctica de los cuidados paliativos con el fin de dirigirlos de

acuerdo con las necesidades del paciente con el fin de maximizar la efectividad de la intervención paliativa mediada por el personal de enfermería. En este contexto, la presente revisión integrativa, describe el análisis realizado bajo la literatura disponible relacionada con el confort en los cuidados de enfermería a pacientes con enfermedad terminal, los cuales son susceptibles al manejo que se le debe de brindar por parte del profesional de enfermería, el cual debe de actuar de manera humana y brindando la mayor ayuda posible con el fin de generar un beneficio en el paciente terminal.

2. Problema

2.1 Planteamiento del problema

Para conocer la calidad de la atención es fundamental conocer la percepción que tiene el paciente de este cuidado, es decir, todo lo que el paciente recibe del exterior, para saber lo que le rodea (Malpica, 2017). En el sector del cuidado, la percepción se asocia a productos de cuidado que interactúan con el cuidador, internalizando los momentos y comportamientos del cuidador (Ramírez, Perdomo, Alix, y Galán, 2014).

Por esta razón, la práctica de la enfermería necesita adoptar una perspectiva de enfermería humanizada que enfatice la importancia del ser humano como ser humano, dependiendo de los problemas y circunstancias de salud. Este cuidado debe caracterizarse por reconocer las necesidades específicas de cada persona, comprender la importancia de todas las situaciones que padece y conocer sus vivencias, creencias, culturas y valores. Por lo tanto, el cuidador siempre debe comunicarse con el paciente (Moreno, 2013).

Las intervenciones de cuidados paliativos a través de la enfermería quieren actuar desde un punto de vista social y mental, con fin de generar confort y no desde un punto de vista anatómico, es decir, desde el desarrollo humano, a través de la justificación del paciente como objeto legítimo, existencia y crecimiento, esto permite aprovechar las habilidades humanas del cuidador y reconocer la responsabilidad ética del sistema de salud en la prestación de cuidados paliativos (Santamaría, García, Sánchez, y Carrillo, 2015).

Por su parte, una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011), encontró que de los 234 países y regiones que brindan cuidados paliativos, los servicios de atención estaban bien integrados en solo 20 países, pero 42 carecían de este tipo de servicio y, 32, solo servicios de cuidados paliativos separados. De los resultados anteriores se especula que las necesidades de cuidados paliativos y

de confort del paciente no se satisfacen en todo el mundo. Dado que las políticas y sistemas nacionales de salud no contemplan este tipo de asistencia, la formación de los profesionales de la salud suele ser inadecuada o inexistente, y el acceso generalizado a los analgésicos opioides es adecuado e inadecuado, es un tratado internacional suficiente. Acceso a Medicamentos Esenciales (OMS, 2017; Duarte, 2014).

En este contexto, Gonzales et al., (2012), describen el elemento básico de los cuidados paliativos como un enfoque interdisciplinario relacionado con los pacientes moribundos. Sugieren que la institución debe pasar de la medicina terapéutica a la integración de la medicina que promueva el bienestar de los moribundos, ante la visión de que se verá la privacidad del paciente y se recuperará su lado humano.

Por tales razones, es necesario describir la percepción de confort en los cuidados de enfermería realizados a pacientes con enfermedades terminales, así como su proceso, es importante para que las instituciones de salud en su quehacer analicen las habilidades, conocimientos y capacidades de los profesionales de enfermería relacionadas con el confort del paciente. Para esto se debe de identificar diferentes significados que el paciente expresa respecto al cuidado que le brinda el personal de enfermería y que posee diferentes beneficios encaminados a fortalecer la comunicación efectiva, la interrelación durante el manejo terapéutico y la integración con la familia, con esto, la atención demandada será solucionada de una forma emergente en los pacientes terminales.

2.2 Formulación del problema

Con el fin de darle un norte a la investigación, se desarrolló la siguiente pregunta:

¿Cuál es la percepción de los pacientes con enfermedad terminal frente a los cuidados de confort brindados por enfermería?

3. Justificación

Teniendo en cuenta que la misión de la enfermera es brindar atención y herramientas de apoyo para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. El presente estudio contribuye así a la relevancia de la disciplina en su cuidado, ya que establece las bases teóricas e investigativas sobre sus percepciones del cuidado humanizado brindado por los enfermeros. Asimismo, contribuye a futuras investigaciones, proporcionando una base para la investigación a través de la aplicación de la teoría del cuidado de Jean Watson (Vázquez y Eseverri, 2010), enseñando un acercamiento humano al paciente (Valenzuel, 2015), Comprender las necesidades y situaciones a las que se enfrenta. tratamiento

Los resultados de los estudios mencionados anteriormente sugieren que el profesional de enfermería necesita conocer las diferentes alternativas que se le pueden ofrecer, pero sobre todo es prácticamente importante conocer el nivel de aceptación que puede tener y el beneficio que esto tiene en cuenta que la carga trae paciencia desde su propio punto de vista personal. El papel del profesional de enfermería juega un papel importante al asociarse con los cuidadores familiares para brindar el cuidado que los pacientes necesitan para sentirse cómodos y tranquilos en las etapas finales de la vida, ayudando a que los últimos días de la vida transcurran con normalidad en el entorno en el que vivió.

En el tipo de enfermedad, el paciente moribundo experimenta una reacción emocional, física y mental conocida como pérdida que conduce a la muerte. Cada paciente responde de manera diferente a los informes de enfermedades incurables. Es un tratamiento paliativo, un tratamiento holístico que no responde al tratamiento final. Su objetivo es mejorar la calidad de vida mediante el control de los síntomas físicos. necesidades emocionales Los aspectos espirituales y sociales del paciente El propósito del tratamiento médico no es "curar" la enfermedad, sino "curar" al paciente a pesar de

la progresión continua e irreversible de la enfermedad. Se trata de ayudarlo a morir en coma (Durand y Duverly, 2018).

La atención de enfermería debe caracterizarse por un enfoque holístico que incluya la planificación de intervenciones específicas para el final de la vida. Estos no solo están destinados al cuidado del paciente, sino que también deben involucrar al cuidador principal para garantizar su bienestar y mejorar al máximo la calidad de vida del paciente durante la estancia hospitalaria; Esto es para saber cómo se sienten con respecto a la enfermedad y determinar sus prioridades para planificar la toma de medidas en contra de su voluntad; De esta forma, un alto porcentaje de cuidadores primarios se beneficiará de su inclusión como parte útil e importante de la atención y el tratamiento de sus pacientes (Guerrero, et al., 2016).

En este caso la atención de enfermería como una disciplina, es importante para obtener una comprensión más profunda de la comodidad que experimentan los pacientes; Desde una perspectiva disciplinaria, se trata de un fenómeno complejo y multidimensional de gran interés para el enfermero en el ámbito hospitalario, con el objetivo de implementar intervenciones asistenciales, con foco en la prestación de servicios, cuidar la mejor atención posible (Zambrano, et al., 2016).

El presente estudio se considera de gran relevancia e importancia, dado su grado de contribución, pues sus resultados ofrecen insumos de base, desde la óptica y experiencia de las personas con enfermedad terminal, para revisar e reconstruir las prácticas de cuidado de enfermería brindados a esta población, con el fin de garantizar un cuidado holístico, integral y humanizado.

4. Objetivo

4.1 Objetivo general

Analizar la percepción de los pacientes con enfermedad terminal frente a los cuidados de confort brindados por enfermería, a la luz de la teoría del confort de Katharine Kolcaba.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar la percepción del confort del paciente en los cuidados de enfermería a pacientes con enfermedad terminal.
- Caracterizar las enfermedades terminales más comunes que alteran el confort en los pacientes.
- Describir los principales elementos de la teoría de Katharine Kolcaba relacionados con el confort en la atención en enfermería.

5. Marco de referencia

5.1 Marco de antecedentes

Diferentes investigaciones han estudiado la el confort en los cuidados de enfermería, encontrándose la investigación realizada por Pheliva, et al., (2016), encontró que los cuidados de enfermería brindados a pacientes con cáncer en radioterapia no evidenciaron ninguna diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación media de confort y calidad de vida antes y después de la radioterapia, pero existió una relación positiva entre el dolor y la calidad de vida de los síntomas, lo que indica que la radioterapia aplicada a las pacientes con cáncer de mama no afectó a la comodidad ni a la calidad de vida, al contrario, la calidad de vida de las pacientes aumentó junto con sus niveles de comodidad y éstos disminuyeron a medida que aumentaron los síntomas experimentados.

Por su parte Krederdt, et al., (2020), evidencio en su estudio realizado a pacientes con cáncer de mama que más de la mitad de estos presentaron una calidad de vida saludable, destacándose que el uso de estrategias de afrontamiento de enfermedades terminales es una actividad que aumenta la calidad de vida. Por otro lado, Winocur y Bella (2020), afirman en su estudio que en Argentina y en países de la región, no existen escalas objetivas para evaluar confort en pacientes que se encuentran en final de la vida, se realiza de manera subjetiva de acuerdo con el medico tratante.

En otra investigación realizada por Gayoso, et al., (2018), en la que se incluyeron también a los cuidadores, se observa que el dominio sociocultural fue el que demostró menor nivel de confort, resaltando la necesidad de un contacto más cercano entre el cuidador y el equipo de salud y dar explicaciones esclarecedoras sobre el cuadro de la enfermedad del paciente. El familiar debe estar preparado para el cuidado y recibir apoyo delante de las dificultades encontradas en el proceso de cuidar y en el que la asistencia integral de pacientes con cáncer en cuidados paliativos engloba, también, una mirada

atenta sobre los cuidadores de dichos pacientes, pues es evidente que el confort del cuidador puede sufrir influencias negativas y positivas.

En consecuencia, con lo anterior en el estudio de Joven (2019), Los resultados confirman algunos de los postulados de Watson como participar en experiencias donde las personas se sientan respetadas y cuidadas por su integridad en las relaciones interpersonales donde el individuo es tratado como importante, original y con propósito. A través de un ser genuino que tiene como objetivo escuchar, proteger, comprender, promover y preservar la dignidad humana. Además, un estudio de Ruiz y Díaz (2018) mostró que el factor que más cambia el bienestar de los participantes es la percepción de su incapacidad para realizar ciertas actividades diarias en situaciones que superan sus habilidades y autoconceptos.

Es de resaltar que como precisa Mora, et al., (2020), que de acuerdo con el modelo de Kalkaba, se evalúa la dimensión física de los sentimientos físicos, la dimensión social del sentido de la vida, la dimensión psicoespiritual de las relaciones familiares y la dimensión ambiental del entorno para que el paciente pueda ser referido a la necesidad a través de apoyo, lo que hizo Kolkaba se ve como la capacidad de un individuo para satisfacer una necesidad particular.

5.2 Marco teórico

5.2.1 Cuidado de enfermería

La gestión del cuidado de enfermería es entendida como una práctica profesional de enfermería basada en la ciencia de la enfermería en su campo. Esto garantiza el juicio de expertos en la planificación, organización, motivación y control de la prestación de una atención oportuna, segura e integral que asegure la continuidad de la atención y se base en las políticas y directrices estratégicas del centro. El objetivo es proporcionar los mejores resultados posibles en la práctica habitual, de acuerdo con la información científica disponible para el usuario. Demuestra la capacidad de modificar

favorablemente el curso clínico de la enfermedad, teniendo en cuenta la mejor gestión de recursos, mínimas molestias y coste. Para los usuarios y la sociedad en su conjunto (Secretaría de Redes Asistenciales, 2007).

Kristen Swanson (1991), con la "teoría de la atención", se relaciona con el compromiso y la responsabilidad personal como una forma educativa. Sugiere cinco procesos básicos (el conocimiento que se unen y se creen participan y mantienen). Estos conceptos permiten reflejar la visión del mundo de la atención de la enfermera, las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la enfermera (Baéz, et al., 2009). El conocimiento se refiere a la precaución, la segunda preocupación, la obligación individual, la tercera más grande, la enfermera, los clientes, las organizaciones, las posibilidades de atención, aumentan o disminuyen, posiblemente la posibilidad de disminuir espacios para el comportamiento de la atención dada y, finalmente, se relaciona con la derivación de los resultados intencionales y no intencionales de enfermería del paciente (Swanson, 2007). La teoría apoya la afirmación de que es un fenómeno de atención central, pero no es necesariamente tratamiento médico de enfermería, esta interpretación se basa en desencadenantes lógicos y explicaciones científicas (Potter y Perry, 2001; Sanabria, Otero y Urbina, 2002).

Meleis (1989) afirma que la gestión de cuidados de enfermería se rige no sólo por los recursos que brinda la teoría empresarial, sino también por las relaciones y conceptos de la disciplina enfermera. Es el cuidado de las personas que está en el corazón de los servicios de cuidado. Con base en lo anterior, Susan Kérrouac (1996) describió la gestión del cuidado como recursos humanos y ambientales dirigidos a potenciar el cuidado de quienes interactúan con el ambiente para mantener y promover una experiencia de vida en salud, se define como un proceso heurístico dirigido a movilizando.

Por otro lado, El alcance teórico de Nightingale (1969) que se basa en el análisis, la inferencia y el razonamiento lógico para definir fenómenos y conceptos epistemológicos. En el sentido del Tai Chi, este autor forma parte de un presente

humanista que incluye ideas basadas en el respeto y la dignidad humana. Es preocupante que las personas logren un desarrollo universal y multidimensional, creando condiciones de vida felices y de calidad. Donde exista confianza y respeto en la relación enfermera-paciente.

El Metaparadigma brinda un panorama único a través de sus conceptos que la distinguen de otras disciplinas, Nightingale describe conceptos metafóricos clave referentes a las personas, el medio ambiente, la salud y los cuidados, para implementar la enfermería como disciplina. Es una elaboración sistemática de la naturaleza de la enfermería, su misión y cuidados. Incluso describe las relaciones entre las ideas clave y los valores que generan acciones de cuidado desde la práctica de la salud en el hospital y en el hogar. Así, “la persona” actuó como sujeto pasivo, aunque apoyó la opinión del paciente en las decisiones en las que se vio envuelto. Nightingale ve a los humanos influenciados por el medio ambiente. Argumentó sobre la opinión del paciente, en las decisiones que estaban involucradas. Incluye un componente físico, emocional e intelectual sin dejar la espiritualidad.

5.2.2 Cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes (...) y sus familias que enfrentan problemas relacionados con enfermedades que amenazan la vida. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la correcta evaluación y tratamiento del dolor y otras cuestiones, ya sean físicas, psicosociales y espirituales (Wright, 2016). Es una estrategia de tratamiento multidisciplinario, implementada por diferentes especialidades médicas, enfermería, psicología, nutrición, fisioterapia, logopedia, trabajo social, terapia ocupacional, farmacia y consejería espiritual y religiosa (Goodwin, Sener y Steiner, 2015).

Los cuidados paliativos implican un tratamiento de por vida, independientemente del tiempo que le quede de vida. Buscan salvar la dignidad y la voluntad de los enfermos

terminales. Por ello, los cuidados paliativos deben ser instaurados por un equipo de profesionales de la salud competente, capacitado, armónico y armónico, con el objetivo de brindar una atención integral, adecuada, escuchada y aceptada, que posibilite una muerte más digna y confortable. Es importante manejar bien los síntomas y evitar tratamientos invasivos ineficaces y cirugía cuando el tratamiento no es posible (OMS, 2018).

Sin embargo, el Consejo Internacional de Enfermería considera lo siguiente en su definición de enfermería: esto incluye atención independiente y colaborativa para personas de todas las edades, familias, grupos, sociedades y personas de todos los entornos, con o sin enfermedad. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la enfermedad, la discapacidad y el cuidado de las personas embarazadas. La conservación, el fortalecimiento de un entorno seguro, la investigación, la composición de políticas de salud y la cooperación en la gestión de pacientes y sistemas de salud, la educación también son características clave de la enfermería (Costa et al., 2008).

Con respecto a los cuidados paliativos, existen propuestas teóricas generalmente aceptadas, como el modelo de etapa de la muerte de Kübler-Ross (Kovacs, 2014), un contexto mundial en el abordaje de la muerte, la mortalidad y los cuidados paliativos. Este modelo representa las 5 etapas por las que pasan la mayoría de los pacientes con morbilidad irreversible, que se definen como etapas de duelo que comienzan con la negación y terminan con la aceptación de la muerte cuando se modifican las soluciones.

También destaca la contribución de Saunders (2011), al desarrollo de centros de patología final y cuidados paliativos modernos, Saunders fue el primer experto en el tratamiento de signos de pacientes moribundos e introdujo el hospicio de desplazamiento en el Reino Unido. Este es un nuevo paradigma de enfoque universal para hacer frente a los diversos signos y dolores que experimentan las personas con enfermedades generalizadas (Vidal y Towers, 2006).

Saunders (2011), se centra en el valor de eliminar la enfermedad terminal y el miedo a sufrirla al combinar ciencia sólida con atención personal a los detalles. También sugiere que toda la familia es una unidad de cuidado y ella trata de compartir la verdad del caso tanto como sea posible. En el mismo sentido, reconoce el valor del trabajo en equipo en el hospicio y comparte la experiencia de pérdida y cambio que conforman un tipo de sociedad.

En enfermería existen referencias doctrinales que consideran importantes los cuidados al final de la vida desde un punto de vista humanista y existencialista. Enfermería se trata de comprender y mediar experiencias relacionadas con la salud y el dolor utilizando la capacidad de los individuos. Participantes compasivos con una perspectiva humanista se involucran en un diálogo interdisciplinario destinado a promover la paz entre los necesitados (Snelman, Gustafsson y Gustafsson, 2012).

En este sentido, el objetivo de la enfermería es el apoyo basado en modelos teóricos para orientar el desempeño profesional y de campo con fuertes motivaciones científicas y humanas en las tareas e intervenciones. Estos modelos permiten el avance de la profesión porque incluyen las relaciones de los sistemas de conocimiento humano que mejoran el desempeño de las enfermeras en cada dominio (Raile, 2015). La práctica clínica basada en la evidencia ubica a las enfermeras en especialidades donde las intervenciones son razones primarias innovadoras e individuales. Preocupaciones de las enfermeras: cuidar a los demás (Hein y Haras, 2015).

La enfermería de cuidados paliativos es una especialización en este campo o una especialización que requiere una maestría en este campo, las enfermeras también deben tener herramientas de pensamiento crítico y prácticas basadas en la evidencia, capacitación en comunicación, educación del paciente y la familia, y terapia espiritual y psicosocial (Burnham, 2011). Además, debe estar capacitado en 5 roles esenciales de preparación; Función clínica, asesoramiento clínico, gestión, docencia e investigación ya

que son el primer vínculo entre el paciente, la familia y los miembros del equipo multidisciplinar de cuidados paliativos (De Arco-Canoles y Suarez, 2018). Por otro lado, argumenta Hagan, cada cuidador, independientemente de su campo de trabajo, debe ser un profesional de cuidados paliativos, lo cual es posible gracias a programas de educación en cuidados paliativos adaptables de pregrado y posgrado que incluyen habilidades de comunicación, atención y toma de decisiones. Además de brindar un entorno que apoya a las enfermeras desde una perspectiva ética, mejora sus habilidades y ámbito de trabajo (Hagan, 2018).

Según la OMS (2012), sugiere que las actividades que se realizan como parte de la atención en Cuidados Paliativos son las siguientes:

- Alivia el dolor y otros indicios angustiantes.
- Asegurar la vida y tener en cuenta el deceso como un proceso usual.
- No apresura ni retrasar la muerte.
- Integrar los aspectos psicológicos y psicológicos de la atención al paciente.
- Establecer un sistema de apoyo para que los pacientes puedan vivir el mayor tiempo posible que puede ser ejecutado activamente hasta la muerte.
- Brinda un sistema de apoyo para ayudar a la familia principal a adaptarse a la afección médica y el duelo del paciente.
- Utilizar un enfoque de equipo para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias.

- Mejorar la calidad de vida y la posibilidad de influir positivamente en el proceso patológico.

En las primeras etapas de la patología, ofrecer otros tratamientos que puedan prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incorporar las preguntas adecuadas para comprender y manejar mejor las complicaciones clínicas dolorosas.

Signos y síntomas comúnmente monitorizados en cuidados paliativos según se definen en la Guía de Práctica Clínica aprobada por el Departamento de Salud y Defensa Social (2016):

- El dolor
- Astenia, anorexia, caquexia.
- Deshidratación.
- Síntomas respiratorios (tos, disnea)
- Síntomas neuropsicológicos y psiquiátricos: delirio, insomnio, ansiedad, depresión, calambres.
- Síntomas gastrointestinales: mucositis, boca seca, candidiasis, disfagia, náuseas y vómitos, diarrea, estreñimiento, obstrucción intestinal, ascitis, hipo.
- Heridas cutáneas: prevención y tratamiento de úlceras por presión.
- Síntomas urinarios: urgencia urinaria, incontinencia, incontinencia urinaria.

En este sentido, se encontró que el tipo de cuidados paliativos podría ser el siguiente según la Sociedad Americana de Oncología Clínica por sus siglas en inglés (ASCO) (2019):

Apoyo social: al paciente puede resultarle difícil hablar con la familia o los cuidadores sobre sus sentimientos y lo que está pasando, o puede necesitar un grupo de apoyo o viajar para recibir el procedimiento. Un trabajador social puede ayudar en estas situaciones con medidas como:

- Ayudar a planear una junta familiar.
- Sugerir formas de ordenar a los individuos que quieren favorecer.
- Apoyar en la búsqueda de información médica, traslado y prestación del servicio.

Un trabajador social también puede proporcionar cuidado de dormitorio a familiares y cuidadores. Por ejemplo, si se sienten abrumados, un trabajador social puede ayudarlos a identificar el tipo de ayuda que necesitan y buscarla.

Apoyo emocional: una enfermedad terminal puede hacer que experimente una variedad de emociones, como tristeza, miedo o enojo. También puede causar mucho estrés. Un equipo de apoyo, un consejero, un psicólogo u otro profesional pueden ayudarlo a comprender y manejar estos sentimientos.

Apoyo espiritual: si se es parte de una sociedad religiosa como, por ejemplo, en una iglesia, sinagoga u otro grupo, un pastor o líder espiritual o miembro de la iglesia puede ayudarlo a mantener su espiritualidad. Los capellanes de los hospitales también pueden brindar apoyo espiritual, ya sea que el paciente sea creyente o no. Los ministros trabajan con personas de todas las religiones y personas de una religión en particular.

Apoyo psicológico: los signos, tratamientos y medicamentos relacionados con enfermedades terminales pueden afectar la función cerebral. Por ejemplo, si no duerme lo suficiente, puede sentirse estresado y tener problemas para pensar con claridad, o puede estar muy preocupado por la eficacia de su intervención. Los cuidados paliativos para la salud mental incluyen ejercicio, asesoramiento, contemplación y, posiblemente, medicación para promover la ansiedad, la depresión o el malestar. Con eso en mente, los trabajadores sociales y los psicólogos deben sugerir actividades que ayuden a minimizar el estrés y la ansiedad, como yoga, crear obras de arte, unirse a grupos de sobrevivientes de enfermedades en etapa terminal como el cáncer y ofrecerse en el voluntariado logra acaparar la atención y enfocarse en otras actividades.

Apoyo financiero: los procedimientos y tratamiento de enfermedades terminales puede ser costos, esto puede causar estrés y ansiedad para el individuo y su familia. Además del costo del procedimiento, es posible que haya otros costos, como los costos de transporte a las clínicas para su atención.

Una entrevista con un grupo de salud sobre problemas financieros permite que el trabajador social o asesor financiero apoye la provisión de cuidados paliativos para estos problemas y tienen la capacidad de mostrar:

- Ayuda a discutir los costos de atención con el equipo de salud.
- Explicar las facturas y el seguro o encontrar a alguien que pueda
- Asistencia en la solicitud de licencia por enfermedad o indemnización por invalidez.
- Busque programas que ofrezcan medicamentos gratuitos o de bajo costo.
- Obtener más información sobre el manejo de consultas financieras.

Apoyo físico: los posibles efectos secundarios de la enfermedad terminal y su curso están sujetos a varios componentes en combinación con el tipo de enfermedad, etapa, procedimiento y estado general de salud. Los efectos secundarios físicos tienen el potencial de combinar lo siguiente:

- Dolores.
- Fatigas (sentirse muy casado(a)).
- Náuseas, vómitos y pérdida del apetito.
- Problemas respiratorios, como dificultad para respirar.
- Problemas para conciliar el sueño.

Los cuidados paliativos para los efectos físicos pueden incluir medicamentos contra las náuseas, fisioterapia o asistencia nutricional. Puede visitar a un especialista en cuidados paliativos, un especialista en sueño, un especialista en dolor u otro especialista para que lo ayude con sus efectos físicos.

5.2.3 Cuidado terminal

Sin duda, una de los grandes teóricos y aportantes al tema del cuidado terminal fue Cicely Saunders, una enfermera inglesa que estudió medicina y fue una de las principales impulsoras del movimiento de hospicios británico. Estos tipos de instalaciones son cuidados cercanos a la muerte; Este movimiento fue un precursor de los cuidados paliativos. Esta enfermera, impresionada por la forma en que morían los soldados en la Segunda Guerra Mundial, llena de dolor y sufrimiento, decidió hacer todo lo humanamente posible para poner fin al doloroso sufrimiento de los pacientes moribundos y así, en 1967, abrió el St Christopher Hospice en Londres, después de haber trabajado

en otros hospicios en Inglaterra. Este hospital probablemente se construyó heredando una gran suma de dinero de David Tasma, paciente que ella atendió en sus etapas terminales y quien, en agradecimiento por el trato recibido en sus últimos momentos y viendo el trabajo de Cicely Saunders, la hizo partícipe de su fortuna personal (Gómez, 1994).

Fue Cicely Saunders, quien en los años setenta del siglo pasado planteó su teoría del cuidado total (Total Care) para luego transformarla en comodidad total (Total Comfort Total Comfort). Ambas son, sin duda, dos formas de pensar el manejo de las personas en general y no simplemente el manejo del dolor u otros síntomas de los enfermos terminales. En momentos de agotamiento terapéutico como cuando nos encontramos en las etapas terminales de una enfermedad, donde la condición empeora donde el paciente va aumentando y por lo tanto muy chocante para la familia y el equipo tratante, para él nuestras metas deben cambiar y deben ser reemplazado por el cuidado como único objetivo. Este cuidado debe estar dirigido a la comodidad del paciente y su familia; No debemos olvidar que en nuestra cultura el binomio paciente-familia siempre ha estado íntimamente ligado en el mundo de la salud y la enfermedad, pero al final de la vida lo están enormemente (Buisán y Delgado, 2007).

El cuidado es una práctica inherente a la condición humana, esencial tanto en el curso de la vida, como en el momento de la muerte (Silva, Campos y Pereira, 2011). Sin embargo, con el tiempo, esto ha sufrido transformaciones, desplazándose a menudo del domicilio del individuo a la institución hospitalaria.

En esta perspectiva, la asistencia a las personas en situación de terminalidad está presente en el día a día de los profesionales sanitarios, y debido a la complejidad de este proceso, pueden surgir dificultades para algunos. Dicha situación puede estar relacionada con la formación profesional y el paradigma científico que impone como norma la obstinación por la curación del paciente, responsabilizando al profesional del

éxito o fracaso de esta función, dificultando su forma de entender el proceso de muerte (Combinato, y Queiroz 2011).

Estos profesionales de la salud también pueden tener dificultades para prestar atención al paciente e interactuar con sus familias ante la posibilidad de la muerte, y a menudo, este hecho puede causarles sufrimiento, porque, aunque la muerte se considera un acontecimiento natural, la cultura occidental entiende este fenómeno como un tabú para la sociedad (Pereira, Thofehn y Amestoy, 2008).

5.3 Marco conceptual

Cuidados paliativos: es la atención que mejora la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad grave o potencialmente mortal, como el cáncer. Los cuidados paliativos son un enfoque para cuidar a la persona en su totalidad, no solo a su enfermedad (OMS, 2010).

Confort: Responder a las necesidades del paciente debido a condiciones de salud estresantes, para obtener tres tipos de comodidad: primero, alivio, satisfacción de la necesidad; En segundo lugar, el silencio, la calma para lograr la eficiencia en el trabajo y en tercer lugar (Kolcaba, 1994).

Paciente terminal: persona que se encuentra en las etapas finales de una serie de enfermedades crónicas, es una persona sin cura ni tratamiento específico retrasar la progresión y, por lo tanto, conducir a la muerte durante un tiempo variable (generalmente menos de seis meses); es progresivo; provoca síntomas intensos, multifactoriales, variables y causa gran angustia (física y psicológica) a la familia y al paciente (García, 2017)

Dolor: es el evento sensorial que genera en el paciente sensaciones de sufrimiento, desesperación, la cual proviene de una enfermedad o accidente en los tejidos de este (Oblitas, Pérez y Gonzales, 2015).

Miedo: es la sensación psicológica que genera en el paciente, ansiedad, depresión y dolor, por causas multifactoriales que se ven reflejadas en angustia por acción de un peligro latente para la vida (García, 2017).

Muerte: es la manifestación por falta de respiración espontánea y pérdida completa de las funciones cardiovasculares y cerebrales (Bayés, et al., 200).

Cuidados de enfermería: todos los cuidados especiales que una persona pueda recibir, o como precaución, o cuando esté enferma, en un centro médico o en hogar (Kolcaba, 1994).

5.4 Marco ético y legal

En el país, el gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y de la Protección Social, ha venido desarrollando todo un marco regulatorio que busca garantizar los cuidados mínimos que deben contar las entidades prestadoras de salud para garantizar los cuidados paliativos de los pacientes con enfermedades terminales o crónicas que lo requieran según su condición, de esta forma se encontraron las siguientes normas:

Resolución 2003 de 2014. Determinación de modalidades y condiciones para el registro de prestadores de salud y licenciamiento de servicios médicos

Decreto

4747 de 2007, por el cual se regulan determinados aspectos de la relación entre los prestadores de salud y los órganos encargados de pagar la competencia de los servicios médicos, y otras instrucciones emitidas

Ley 1384 de 2010. Cabestro de Sandra Ceballos. De acuerdo con las actividades organizadas para el tratamiento integral del cáncer en Colombia. Sección 5. Control total del cáncer. Declarar el cáncer un problema de salud pública y una prioridad nacional para la República de Colombia. El Tamizaje Integral de Cáncer en Colombia evalúa puntajes evaluados por el Instituto Nacional de Cancerología con el asesoramiento permanente de la comunidad científica clínica y/o quirúrgica directamente relacionada con temas oncológicos, y con el apoyo de representantes de asociaciones de pacientes debidamente organizadas y aprobadas por el Ministerio de Asuntos Sociales. Identifica actividades preventivas, detección, procedimientos, rehabilitación y cuidados paliativos.

Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013 por la que se aprueba el Proyecto Decenal de Salud Pública 2012-2021, con el objetivo de ordenar y asegurar la provisión de intervenciones y tratamientos de cuidados paliativos en la salud de la estatura y enfermedades no transmisibles. Así como la disponibilidad y suministro continuo de drogas opioides.

Resolución 1383 del 2 de mayo de 2013, adoptada por el Proyecto Decenal Contra el Cáncer en Colombia 2012-2021, que establece algunos objetivos y profesiones para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y 6 sobrevivientes, entre ellos: Organizar y asegurar la presentación de intervenciones de cuidados paliativos, rehabilitación y reorganización en el territorio; Garantizar la disponibilidad de medicamentos opioides en el país, brindar apoyo social y servicios de asesoramiento a pacientes con cáncer y sus cuidadores, y llevar a cabo tácticas e investigaciones para garantizar la calidad de las intervenciones de cuidados paliativos para pacientes con cáncer y sus cuidadores.

Desde la promulgación de la Ley 1733 de 2014 “Ley Consilio Davis Savedra”, que regula el tratamiento de pacientes con patología terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en patología para el desempeño integral de los pacientes. Calidad de vida, existen diferentes normas que tratan de regular este tipo de servicio.

Ley 1753 Año 2015, por la cual se dictan proyectos de desarrollo nacional. Fortalecer la capacidad del ingenio humano en la atención de la salud que atiende a la población adulta en general, involucrando los determinantes sociales de la salud, el enfoque de derechos, el ciclo de vida, la atención primaria y los modelos de atención de mediano y largo plazo (cuidados paliativos, atención domiciliaria y atención del administrador).

Decreto 3202 de 2016, que aprueba la Guía Metodológica para la Elaboración y Utilización de Rutas de Atención Médica Integral - RIAS, se adoptó un complejo de rutas de atención médica integral en el complejo del Ministerio de Salud. Política - Se dictan PAIS y otras posiciones.

Resolución 1441 del 21 de abril de 2016, por la cual se establecen las normas, criterios y procedimientos para la autorización de la Red Integral de Trabajadores de la Salud.

Decreto 1051 del 01/04/2016 VER. Que se reglamenta la Ley 1733 de 2014 en relación con el derecho a suscribir el expediente de directivas anticipadas.

Actualmente existe un Manual de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos, que está acreditado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Departamento de Técnicas Sanitarias -IETS-. Por ello, el Decreto 1416 de 2016 establece: “Los servicios que brindan atención a pacientes con deformidades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, para quienes se determina la eficacia del alivio del dolor y cuidados paliativos, cuentan con guías de práctica clínica adecuadas. Los lineamientos para adoptar serán fijados principalmente por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas pautas servirán como base para la atención personalizada, y los profesionales de la salud tendrán el poder de aceptar o elegir sus sugerencias, según el entorno clínico. Si no

están disponibles, la organización tendrá que adoptar directrices basadas en datos nacionales o internacionales.

Resolución 1477 de 2016 por la que se establece la modalidad, criterios y criterios de licenciamiento de los 29 departamentos funcionales de atención oncológica compleja en departamentos maduros de la UFCA y UACAI, así como se definen otras funciones

Resolución 518 de 2015 definición de funciones de administración en salud. Convención Interamericana sobre Consentimiento Informado para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Implementación, Seguimiento y Evaluación del Proyecto de Intervención en Salud Pública Colectiva. Plena realización, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades necesarios para la mayor persona, con el fin de favorecer su plena integración. Fundación y cooperación comunitaria.

Resolución 2665 de 2018, que deroga la Resolución 1051 de 2016. La Ley 1733 de 2014 regula parcialmente el derecho a suscribir un expediente de directivas anticipadas. (Lineamientos, 2018)

Resolución 2626 de 2019: Por la cual se realiza modificación a la política de atención integral de salud PAIS, adoptando el modelo de acción integral territorial y se incorpora en un solo documento.

Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los métodos y condiciones de inscripción de prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se definen condiciones de prestación como la atención domiciliaria y telemedicina.

5.5 Marco disciplinar

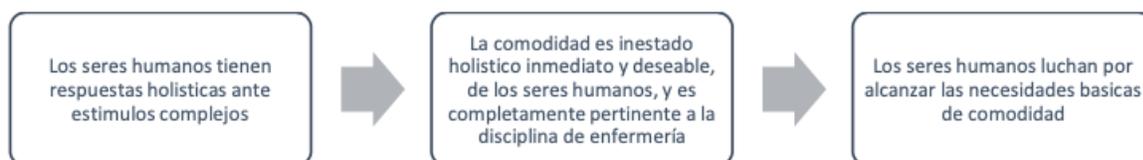
5.5.1 *Teoría del Confort de Kolcaba*

La teoría del confort se considera un ejemplo esencial para la práctica de los cuidados paliativos. Kolcaba (1994) explica el confort como el estado experimentado por los receptores de una intervención. Es bien sabido que los cuidados paliativos requieren una atención centralizada del paciente y que el objetivo del tratamiento es la comodidad. Observación de esta visión teórica Se trata de visualizar 4 ambientes: físico (todo confort pertenece a la sensación del propio cuerpo); mente-mente (conciencia interna de esto, incluyendo autoestima, autoconcepto, cosmovisión, sentido de la vida); ambiental (factores externos incluido el ambiente) y sociocultural (relaciones entre individuos, familias y sociedad) (Kolcaba, 1995). Una de las formas en que se expresa el arte de enfermería es la de facilitar el cuidado, el confort comprende el proceso de actividades confortables y el resultado de mayor confort (Kolcaba, 2001).

En español, la palabra confort significa "bienestar o comodidad material". Kolkaba define esto como una experiencia inmediata que se siente realizada, que satisface las necesidades de iluminación, paz y trascendencia en cuatro contextos. El bienestar y bienestar físico, mental, sociocultural y ambiental se consideran más que el dolor y la falta de bienestar físico. Véase la figura. uno. Colaba es consciente de los efectos del ruiseñor porque fue la primera enfermera que combinó comodidad y salud (Moreno, 2015).

5.5.2 *Supuestos teóricos de Kolcaba*

Figura 1. Supuestos teóricos de Kolcaba,



Fuente: tomado de Moreno Fergusson, 2016

Los relatos históricos de paz en enfermería son diversos. Por ejemplo, Nightingale dijo: "Nunca debemos olvidar el propósito de una observación. Las observaciones no están destinadas a recopilar datos y hechos curiosos, sino a salvar vidas y promover la salud y la comodidad. Desde 1900 hasta 1929, la calma fue el centro de la enfermería y la medicina, pues a través de ella se lograba la curación, viéndose obligada la enfermera a prestar atención a detalles que afectaban la calma del paciente (Smith y Parker, 2015).

Aikens afirma que cuando se trata de tranquilizar al paciente, no se debe pasar por alto ningún detalle, la paz del paciente es su primer y último objetivo, ya que cree que las buenas enfermeras tranquilizan a los pacientes y les brindan tranquilidad. sobre los componentes que determinan la capacidad y el carácter de los trabajadores de la salud (Sánchez y Romero, 2015).

Harmer argumenta que la enfermería se trata de proporcionar un "ambiente público cómodo" y la higiene personal del paciente incluye la atención a la "felicidad física y mental, la serenidad y la paz", además de dedicar "Descanso y Sueño, Nutrición, Higiene y Eliminación". un capítulo de su libro La Técnica de Enfermería para la seguridad del paciente. Ella escribió: "Siempre se juzga a una enfermera por su capacidad para calmar a un paciente, la paz es física y mental, y las responsabilidades de una enfermera se extienden más allá del cuidado físico". En los libros de 1904, 1914 y 1919, el confort emocional se denominaba paz mental y se basaba principalmente en el confort físico y el cambio en el entorno de los pacientes (Moreno, 2015).

En estos ejemplos, el alivio es algo positivo que logran las enfermeras y, en algunos casos, implica la mejora de patologías o condiciones preexistentes. Intuitivamente, el descanso se asocia con actividades de cuidado. Kolkaba describió desde un principio sus propiedades básicas y su ergonomía, la interacción directa que se establecía entre el confort y el desempeño de la tarea. Sin embargo, su significado

suele ser implícito, oculto en el entorno y, a menudo, ambiguo. El término cambia mucho según sea verbo, sustantivo, adjetivo, adverbio, proceso o consecuencia (Moreno, 2015).

5.5.3 Metaparadigma de la teoría del confort de Kolcaba

Enfermería: la enfermería evalúa las necesidades de confort, diseña intervenciones de confort para satisfacer esas necesidades y reevalúa el nivel de confort después de implementar estas medidas en comparación con situaciones anteriores. La evaluación y reevaluación deben ser intuitivas y / o subjetivas. Por ejemplo, cuando una enfermera le pregunta a un paciente si se siente bien, u objetivamente, por ejemplo, al observar la cicatrización de una herida o cambios en los valores analíticos o en el comportamiento. La evaluación la realiza la gerencia de la escala de evaluación (Marrner y Alligood, 2015).

Pacientes: los destinatarios de la atención deben ser personas, familias, instituciones o comunidades que necesiten atención médica. Las enfermeras pueden trabajar con más tranquilidad al realizar procedimientos. para mejorar las condiciones de trabajo (Marrner & Allied, 2015).

Entorno: es cualquier aspecto de un paciente, familia o institución que una enfermera, familiar o institución puede manipular para mejorar la comodidad (Marrner & Alligood, 2015).

Salud: es el resultado óptimo para un paciente, familia, cuidador o comunidad según lo define el paciente o el equipo (Marrner y Alligood, 2015).

La teoría del confort: consta de tres partes. (Propuestas), individual o colectivamente, enumeradas a continuación por Kolcaba, Dowd, Steiner y Mitzel (2004):

Parte 1: confirmar la intervención de comodidad, si es efectiva Aumenta la comodidad del receptor. (paciente y familia) en comparación con la intervención inicial Es más probable que los cuidadores tengan beneficiarios si la organización se compromete a brindar comodidad en su entorno de trabajo. Las intervenciones de descanso se ocupan de las necesidades humanas básicas, como el descanso, el equilibrio, la comunicación terapéutica y las acciones como seres que lo abarcan todo. Estas intervenciones de confort generalmente no son técnicas y complementan la provisión de asistencia técnica.

Parte II: asegura que una mayor comodidad para los beneficiarios de los cuidados se traduzca en una mayor participación en los comportamientos de investigación en salud negociados con los beneficiarios.

Parte III: afirma que una mayor participación en la investigación de la salud del comportamiento da como resultado una asistencia de mayor calidad, apoyo para la organización y su capacidad para recopilar evidencia de prácticas y políticas superiores.

Kolcaba cree que las enfermeras quieren cuidar y que tienen la oportunidad de integrarse fácilmente en cada actividad de enfermería. Esto sugiere que este tipo de práctica de confort potencia la creatividad y la satisfacción de los enfermeros, además de una alta satisfacción del paciente. Para mejorar la comodidad, la enfermera debe realizar las intervenciones adecuadas y documentar los resultados en la historia clínica del paciente. una vez que se ha utilizado la mediación correcta de manera consciente y tranquilizadora, es posible que la comodidad aún no se mejore lo suficiente (Brykczynski & Benner, 2011).

Una vez que la tranquilidad aún no ha llegado al máximo, las enfermeras examinan los interruptores de modulación para explicar por qué el control de tranquilidad no funciona. Estos interruptores pueden ser hogares abusivos, falta de recursos económicos, diagnósticos devastadores o deterioros cognitivos que hacen ineficaces las

intervenciones más adecuadas y las actividades tranquilizadoras. Intervenciones en el control o manejo de la comodidad, ocupación, objetivos de mejora de la comodidad y opciones de comportamiento para identificar la salud ideal de pacientes, familias y enfermeras (Eligood, 2016).

Por lo tanto, se recomienda que la gestión de conveniencia sea proactiva, enérgica, útil y deseable para los beneficiarios en todos los entornos. Para fortalecer el papel de los expertos de enfermería como agentes de seguridad, es importante documentar los cambios en el confort antes y después de sus intervenciones. En uso clínico, Kolcaba recomienda que se pida a los pacientes que califiquen su nivel de comodidad de 0 a 10, donde 10 es la comodidad más alta aceptable en una situación de salud determinada. Estos documentos pueden pasar a formar parte de las bases de datos electrónicas de toda organización (Nava, 2010).

La teoría de Kolcaba fue la base en el desarrollo de la presente investigación, ya que desde este autor se conciben los cuidados paliativos como una necesidad que debe ser identificada por el personal de enfermería y en el cual se debe no solo valorar los aspectos físicos relacionados con la enfermedad y el dolor, sino los aspectos que giran en torno a lo social, emocional y espiritual del paciente que pasa por una enfermedad terminal y que busca un confort en sus cuidados, con el fin de garantizar la mayor sensación de bienestar teniendo en cuenta su condición.

Sumado a lo anterior, la teoría del confort propuesta por Kolcaba permite evidenciar en su máximo punto las capacidades y habilidades de la vocación de la profesión de enfermería, brindándole al paciente los mejores cuidados para que su condición no lo hagan sentir menospreciado, por tal motivo es de resaltar que desde esta teoría, el profesional de enfermería debe de estar en la capacidad de generar bienestar sea cual sea el estado del paciente terminal.

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

Se realizó una revisión integrativa de la literatura, con alcance descriptivo. Este tipo de revisión se centra básicamente en sintetizar conocimientos metodológicos, teóricos o investigaciones realizadas, esbozando una conclusión sobre un tema en particular (Coughlan Cronin y Ryan, 2013).

En este tipo de revisión, la síntesis del conocimiento implica un acercamiento amplio al campo de investigación que puede incluir tanto literatura experimental como teórica para lograr los objetivos de evaluación. En este caso, el estudio se entiende como primario (clínico) y secundario (evaluación sistemática), incluyendo el trabajo conceptual o teórico. El propósito de una revisión integrada es proporcionar una comprensión más profunda de un tema o crear un nuevo concepto (Whittemore et al., 2014).

También conocida como crítica, pretende mostrar que el autor ha estudiado cuidadosamente el material y evaluado su calidad. Implica análisis conceptual e innovación en cierta medida más allá de la simple descripción del elemento identificado. Las evaluaciones integradas ofrecen análisis y síntesis de materiales de diversas fuentes. Este tipo de prueba identifica hipótesis o modelos conceptuales en lugar de respuestas. El modelo resultante puede ser una síntesis de modelos o escuelas existentes, o puede ser una nueva interpretación de los datos existentes (Grant y Rooth, 2009).

6.2 Etapas de desarrollo de la revisión integrativa de la literatura

6.2.1 Identificación del problema

Según Whittemore y Knafl (2005), este paso corresponde al primer paso en cualquier método de prueba y es una definición clara del problema a resolver por la prueba y el propósito de la prueba.

Esta fase determinará qué estudios se deben incluir, los medios de identificación aprobados y la información a recopilar en cada estudio seleccionado, por lo que incluye definiciones de participantes, intervenciones evaluadas y resultados medidos (Souza, Silva y Carvalho, 2010).

La pregunta orientadora de la presente investigación es: ¿Cuál es la percepción de los pacientes con enfermedad terminal frente a los cuidados de confort brindados por enfermería?

6.2.2 Formulación de la pregunta de investigación con base en la estructura PICOT

Para la construcción de la pregunta orientadora, se utilizó la estrategia PICOT, la cual se describe en la Tabla 1.

Tabla 1. Estructura PICOT

P: paciente	Paciente con enfermedad terminal
I: intervención	Cuidados de enfermería
C: comparación	Profesionales de enfermería
OT: resultados	Confort

Fuente: elaboración propia

6.2.3 Protocolo de Búsqueda de literatura

A continuación, se definen cada uno de los descriptores a utilizar en la tabla 1.

Tabla 2. Definición de descriptores según tesauros.

Descriptores	Descriptor		Definición
DeSC	Descriptor en español: Descriptor en portugués:	Cuidados Paliativos Cuidados Paliativos	Tratamiento para aliviar los síntomas sin curar la enfermedad.
	Descriptor en español: Descriptor en portugués:	Atención de Enfermería Cuidados de Enfermaje	Cuidados prestados al paciente por personal del servicio de enfermería.

Seguido de esto, se realiza la descripción de las bases de datos indexadas para realizar la revisión integrativa:

Tabla 3. Definición de las fuentes de búsqueda

Base de datos	Definición
Lilacs	La base de datos más grande y completa de América Latina y el Caribe, con más de 880.000 entradas de revistas, tesis y disertaciones, documentos gubernamentales, actas de congresos y libros, publicados desde 1982. Incluye revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorios, síntesis de evidencia, estudios de evaluación de tecnología. salud, estudios de evaluación económica, guías de práctica clínica, técnicas de reporte, reportes de casos y otros estudios.
SciELO	Scientific Electronic Library Online es un modelo para publicar revistas científicas en línea. Su objetivo principal es aumentar la popularidad y exposición de los logros científicos creados en América Latina, el Caribe, España y Portugal.

Fuente: elaboración propia

Estrategias de búsqueda

La estrategia de búsqueda se ejecutará bajo las combinaciones:

Cuidados Paliativos AND Atención de Enfermería

Cuidados Paliativos AND Cuidados de Enfermaje

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados entre los años 2016 y 2021
- Artículos originales disponibles online
- Estudios publicados en Suramérica
- Artículos en español y portugués

Criterios de exclusión:

- Artículos repetidos
- Artículos que no respondan a la pregunta de investigación

Instrumento

Para el análisis de la calidad de los estudios primarios se tendrá en cuenta la fecha de publicación y la estructura, en función del objetivo del estudio, la metodología, los resultados y las conclusiones de cada estudio. Para ello, se creará una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel 2016, y la extracción de información y el registro de la información en la hoja de cálculo se realizaría por dos revisores independientes. La decisión sobre la idoneidad de los documentos seleccionados para el análisis aún depende de la claridad y consistencia científica que, en el contenido de cada texto, los datos se refieren a la metodología, la participación del objeto y los resultados que se describirán.

El protocolo de búsqueda que se definió para la búsqueda e identificación de los artículos seleccionados, utilizó las bases de datos indexadas Lilacas y Scielo, en los que se utilizaron las palabras claves Cuidados Paliativos, Atención de Enfermería, Cuidados Paliativos y Cuidados de Enfermería en español y portugués respectivamente, mediante el operador booleano AND, bajo los criterios de inclusión de artículos publicados entre los años 2016 y 2021, artículos originales disponibles online, estudios publicados en Suramérica y artículos en español y portugués y como criterios de exclusión se tuvo, artículos repetidos y artículos que no respondan a la pregunta de investigación.

6.2.4 Evaluación de datos

Para la realización de una interpretación completa y objetiva de los datos de fuentes primarias, que serán incluidas inicialmente, se llevará a cabo una codificación, catalogación y clasificación mediante las bases de datos.

6.2.5 Análisis de los datos

Reducción de datos: según Whittemore y Knafl (2005), en este caso, los datos preseleccionados de todas las principales fuentes de datos (publicaciones) y los datos relacionados se extraen de subconjuntos y se agregan en matrices. Como resultado, cada artículo o publicación se reduce a una sola página que contiene datos similares de cada fuente. Este paso facilita la comparación sistemática de mensajes sobre una meta, variable o atributo específico de un patrón específico.

Visualización de datos: al final de una lectura crítica, se crea un registro bibliográfico para cada publicación con características similares con el fin de comparar cada publicación y facilitar la identificación del grupo o categoría.

Comparación de datos: el paso siguiente llevado a cabo para analizar datos es la comparación de estos, en el que se incluye el proceso interactivo de examen de observación de datos publicados para identificar patrones, temas o relaciones, en esta

etapa categorías y subcategorías de análisis. Una vez que los datos han sido organizados como un sistema de clasificación general y los datos de segmentación científica están codificados para simplificar, resumir y centralizar su información en un solo lugar. Una sola matriz con datos similares puede iniciar una comparación de datos (Whittemore y Knafl (2005)).

Extracción de conclusiones: Una vez identificado cada grupo, se realizará un análisis e interpretación de sus diferencias y relaciones dentro del fenómeno mayor. Así, las categorías y subcategorías y su relación con el fenómeno de interés se encuentran en el eje analítico.

6.2.6 Presentación de resultados

Los resultados de una revisión integradora se pueden presentar en forma de tablas o gráficos. Deben proporcionarse indicaciones claras de las principales fuentes y pruebas que respalden los hallazgos para respaldar una cadena razonable de pruebas que permita al revisor asegurarse de que los resultados de la evaluación no invaliden las pruebas (Whittemore y Knafl (2005)).

6.3 Consideraciones éticas

La realización de la presente investigación se rige bajo el tratado de Helsinki, además de la normatividad nacional Resolución 8430 de 1993, que la catalogan como una investigación sin riesgo ya que es de orden documental, la recolección, tabulación y análisis de la información se rigió bajo los principios de respeto a la propiedad intelectual.

7. Resultados

Para el desarrollo de la presente revisión se seleccionaron un total de 6 estudios compatibles con los criterios de inclusión adoptados para la revisión integrativa. En la Figura 2. Se describe el proceso y los resultados de la búsqueda de la literatura en las bases de datos seleccionadas. Y en la Tabla 4. Se relacionan y describen los estudios seleccionados y que componen la muestra final de la presente revisión.

Figura 2. Síntesis del proceso de selección de estudios

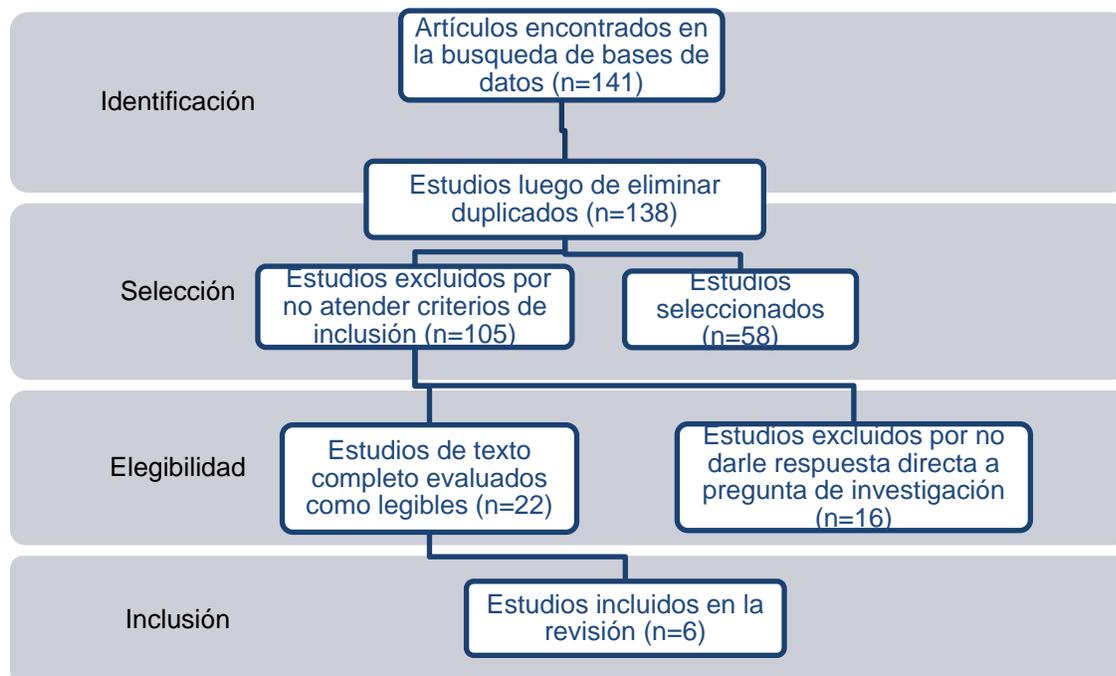


Tabla 4. Estudios seleccionados para el estudio

Año	Autor	Nombre del artículo	Objetivo del estudio	Materiales y métodos
2016 ILACS	Cristiane de Sousa	Sufrimiento experimentado por los ancianos que viven con úlcera venosa	Analizar el sufrimiento experimentado por las personas mayores que viven con úlceras venosas.	Tipo de estudio: Cualitativo. Población: Pacientes del proyecto de extensión, Atención Fisioterapéutica en Ulceraciones de los Miembros Inferiores, vinculado a la Escuela Clínica de Fisioterapia de la Universidad Estatal del Suroeste de Bahía, municipio de Jequié/Bahía/Brasi. Muestra: 8 personas entre 6 mujeres y 2 hombres. Tipo de muestreo: No probabilístico a conveniencia. Enfoque: Descriptivo. Técnica: Entrevista semiestructurada. Plan de análisis: Para sistematizar e analizar os dados obtidos nas entrevistas utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática de Bardi
2017 SCIELO	Meneguín,	Percepción de los pacientes con cáncer en cuidados paliativos en la calidad de vida	Comprender la percepción de pacientes oncológicos en cuidados paliativos en relación a la calidad de vida e identificar proposiciones para su mejora	Tipo de estudio: Mixta. Población: El estudio fue realizado en un ambulatorio de cuidados paliativos de una institución universitaria pública en el municipio de Botucatu, en el estado de São Paulo. Este ambulatorio trata únicamente a pacientes oncológicos, con todo tipo de neoplasia y en estadio avanzado de la enfermedad. Muestra: 96 pacientes en cuidados paliativos. Tipo de muestreo: Censo. Enfoque: Descriptivo exploratorio. Técnica: Entrevista semiestructurada y por turnos de consulta. Plan de análisis: Las entrevistas fueron transcritas y sometidas a análisis manual por uno de los investigadores con experiencia en la operacionalización de la (13) estrategia metodológica del discurso colectivo del sujeto (CSD). Los pasos metodológicos de esta técnica, seguidos desde las entrevistas hasta la síntesis

2018 ILACS	da Silva Olario	Deshospitalización En Cuidados Paliativos: Perfil De Usuarios De Una Unidad En Río De Janeiro/ Brasil	Conocer el perfil de los usuarios del servicio de deshospitalización de una unidad en Río de Janeiro	<p>Tipo de estudio: Cuantitativo. Población: Personas en cuidados paliativos en el proceso de transición del hospital al hogar, con atención y tratamiento en esta unidad hospitalaria Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF) en el barrio de Jacarepaguá, en el municipio de Río de Janeiro/ Brasil, . Muestra: 665 encuestas a las historias clínicas de las personas atendidas por el servicio desde enero de 2012 hasta diciembre de 2016. . Tipo de muestreo: Aleatorio simple. Enfoque: Descriptivo retrospectivo. Técnica: Encuesta. Plan de análisis: Los datos obtenidos fueron codificados y digitalizados en una hoja de cálculo y posteriormente analizados con la ayuda del Software SPSS versión 21.0® (SPSS para Windows, Chicago, USA), siendo tratados con estadística descriptiva y presentados en tablas de frecuencias con valores absolutos (n) y porcentajes (%) para variables categóricas</p>
2018 SCIELO	Moreira	Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer en cuidados paliativos	Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer en cuidados paliativos y su asociación con los aspectos sociodemográficos e clínicos.	<p>Tipo de estudio: Cuantitativo. Población: Durante el período de recolección de datos, ocurrido entre enero y abril de 2013, 155 pacientes oncológicos en cuidados paliativos se encontraban en las dos instituciones, correspondientes a la población de estudio . Muestra: 113 pacientes. Tipo de muestreo: No probabilístico a conveniencia. Enfoque: Analítico y transversal . Técnica: Instrumento de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer - EORTC QLQ C-30 (versión 3.0). Plan de análisis: Las puntuaciones de los dominios EORTC QLQ-C30 se presentaron en una tabla, con la media y la desviación estándar. Para verificar la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas, se utilizó el Test de Kolmogorov-Smirnov, los ensayos no paramétricos de mann-whitney y kruskal-wallis. Se utilizaron las técnicas de estadística inferencial bivariada y multivariante, utilizando el Statistical Package SPSS - versión 13.0, y se aplicaron las pruebas estadísticas, a nivel de significación del 5%</p>

2018 SCIELO	Astolphi	Ser adolescente con insuficiencia renal crónica: una ojeada por medio de la fenomenología existencial	Comprender las vivencias de adolescentes con insuficiencia renal crónica atendidos en un hospital-escuela público, en el interior del Estado de São Paulo	Tipo de estudio: Cualitativo. Población: El escenario de investigación fue una Unidad de Hospitalización Pediátrica (UIP) y una Unidad de Atención ambulatoria de la Enfermedad Renal (UACDR) de un hospital público docente en el estado de São Paulo, Brasil. Los participantes fueron seis adolescentes con IRC, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. . Muestra: 6 adolescentes. Tipo de muestreo: No probabilístico a conveniencia. Enfoque: Fenomenológico. Técnica: Entrevistas fenomenológicas. Plan de análisis: Para realizar el análisis de los discursos de los adolescentes se utilizaron las siguientes orientaciones: 7 lectura global del contenido total del discurso, con el fin de aprehender su configuración global; releer, atender, para identificar las declaraciones significativas (unidades de significados); búsqueda de convergencias (elementos que son comunes a varios discursos) y divergencias (elementos que son propios de un solo discurso o de unos pocos); convergencias/divergencias, desarrollo de categorías temáticas
2019 ILACS	de Cássia	Diagnósticos de enfermería en el cuidado paliativos oncológicos segundo diagrama de enfoque multidimensional	Analizar el perfil de diagnósticos de enfermería en pacientes en cuidados paliativos oncológicos conforme las dimensiones del Diagrama de Enfoque Multidimensional.	Tipo de estudio: Cuantitativo. Población: La población estuvo constituida por pacientes que fueron hospitalizados en cuidados paliativos, ingresados durante el período de recolección. Muestra: 88 personas ingresadas. Tipo de muestreo: No probabilístico a conveniencia. Enfoque: Descriptivo exploratorio. Técnica: Historia de enfermería. Plan de análisis: Los datos correspondieron a los cuatro aspectos conceptuales de los cuadrantes DAM fueron almacenados en archivos independientes del programa Microsoft Excel 2013, dispuestos en tablas, las variables fueron organizadas según título y ocurrencia por dimensión física, social, espiritual y psicológica. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva simple, agrupando el DE considerando el valor del 100% para el cálculo de la distribución de los títulos.

8. Discusión

8.1 Percepción de confort del paciente con enfermedad terminal en los cuidados de enfermería

En cuanto a las manifestaciones clínicas evidenciadas por Moreira (2018), se relacionan con los informes de los propios participantes, los signos y síntomas más frecuentes fueron: dolor (89,8%), fatiga (70,9%), pérdida de apetito (53,5%), vómitos (42,5%), estreñimiento (33,9%), palidez (33,1%), diarrea (33,2%), náuseas (33,1%), vómitos (42,5%) y (33,1%), caquexia (23,6%), disnea (20,5%), pérdida de peso (16,5%).

Cabe mencionar la existencia de síntomas presente en los pacientes como, síntomas físicos y emocionales angustiosos (dolor, disnea, náuseas, depresión y ansiedad), delirio, metástasis cerebrales o leptomeníngicas metástasis leptomeníngicas, compresión medular, crisis existencial, crisis social existencial, fragilidad social y económica o ausencia de cuidador (Corsi, et al., 2019).

Se encontró también que los individuos con cuidados paliativos presentaron cánceres de útero, gástrico y de próstata, concordante con las altas estimaciones de muerte por neoplasia patología neoplásica a nivel mundial (INCA, 2017). Siguiendo la dimensión física la progresión de la enfermedad del cáncer terminal, implica las causas subyacentes de la progresión tumoral y sistémica como obstrucción intestinal maligna, dolor crónico, dolor cólico, caquexia náuseas, emesis y delirio que tienden a ser multifactoriales (Clark, 2017).

Sumado a lo anterior, la nutrición desequilibrada menos de lo que el cuerpo necesita genera una afectación significativa en el bienestar del paciente, también la perfusión tisular periférica ineficaz, perfusión periférica ineficaz, dolor crónico, riesgo de integridad de la piel, deterioro y riesgo de lesiones por presión, por otro lado, conforme a la ingesta diaria por debajo de lo esperado diariamente, cavidad oral herida, mucosas

pálidas, gastralgia palidez de las mucosas, gastralgia y pérdida de peso (Araújo, et al., 2015; Sousa, Vasconcelos y Parra, 2015; Sousa et al., 2015).

El tejido periférico ineficaz, perfusión periférica Ineficaz es el estado en el que el individuo presenta disminución del intercambio de gases a nivel celular, influyendo en la difusión capilar periférica debido a la falta de movimiento, administración de medicamentos, otros procedimientos invasivos y procedimientos invasivos y la gradación de la enfermedad, por su parte la integridad de los tejidos pierde su calidad ya que el deterioro de la integridad de los tejidos está relacionado con el deterioro de la circulación, el exceso de líquido y factores nutricionales (Novaes, Torres y Oliva, 2015; Malaquias et al., 2014).

8.2 Enfermedades terminales más comunes relacionadas con los cuidados de enfermería

Se identifico en lo referente a la medición del confort del paciente terminal relacionados con los cuidados de enfermería, se evidencia en el estudio de da Silva, et al., (2019), en cuanto a la demanda de cuidados paliativos prevalecieron las lesiones cutáneas, 150 (22,9%); la alimentación oral, 528 (80,6%); y gástrica, 123 (18,7%); las estomas, 178 (27,1%); y la sonda vesical o cistostomía 106 (16,1%). Eran totalmente dependientes, 424 (64,7%). Por su parte el estudio de Lima (2019), describe que las necesidades de cuidados paliativos en pacientes con cáncer se relacionaron con la nutrición desequilibrada, perfusión periférica ineficaz, dolor crónico, riesgo de lesión por presión que aumenta las lesiones de la integridad de la piel.

Finalmente, Manegin, et al., (2018), encontró que también las neoplasias con necesidad de cuidado paliativo predominan las del cáncer de mama en el 32,3% de los participantes, seguido del cáncer del aparato digestivo (17,7%), de los órganos genitales masculinos (10,4%) y del tejido linfático (10,4%), y el 29,2% correspondía a neoplasias

de otra naturaleza, de un total del 40% de la población estudiada era tumores metastásicos.

Desde otra mirada y según el perfil del usuario deshospitalizado, da Silva (2018), presenta que el porcentaje de mujeres afectadas por cáncer de mama, cérvix, vulva y otras patologías con perfil para tratamiento paliativo, esto evidencia como el profesional de enfermería debe encargarse de mantener el tratamiento adecuado en casa, teniendo en cuenta que la población estudiada eran mujeres cabeza de hogar las cuales tienen un rol fundamental en sus familias que no puede verse detenido en ningún momento, el estudio encontró que al estar cerca de sus familias se reducen los niveles de ansiedad y estrés lo que repercute positivamente en el efecto de los síntomas patológicos de la enfermedad haciendo que sea más tolerable, es importante tener en cuenta la función que ejercen en la sociedad, cuando están debilitadas por una patología grave, acaban desestabilizando a la familia y a sus compañeros en la organización del contexto y la dinámica diaria.

Lo enunciado anteriormente según la OMS (2015), establece que los cuidados paliativos consisten en un cuidado holístico físico y psíquico activo que brinda apoyo a la familia. Comienza cuando se diagnostica la enfermedad y del mismo modo, cuenta con una amplia gama de enfoques interdisciplinarios, incluidas las familias y los recursos disponibles para la comunidad, incluyendo representantes y voluntarios de la religión del paciente, entre otros. (Sarmiento, 2011).

Por su parte Hui, et al., (2013) y da Silva y Kruse, (2013), consideran que los cuidados paliativos como un "dispositivo biopolítico creado en defensa de la sociedad", es pertinente incentivar los modelos de atención previstos y posibles que ya están implementados en todo el mundo y que aún se manifiestan en los países en desarrollo, en lo que respecta a la articulación y el desarrollo de acciones integradoras que se viene mejorando a cada momento, tales como: la atención domiciliaria, los hospitales y los servicios de atención oncológica, donde se evidencia fallas en la atención brindada ya

que el personal de enfermería no tiene un protocolo de atención y únicamente se ciñen a cumplir sus funciones, dejando de lado las necesidades de confort del pacientes.

8.3 Describir los principales elementos de la teoría de Katherine Kolcaba relacionados con el confort en la atención en enfermería.

Lo anterior, se puede evidenciar en la teoría de Katherine Kolcaba infectóloga y enfermera la cual experimento en carne propia el dolor y sufrimiento de la enfermedad, situación que la motivo con base en su experiencia, identificó que existía un vacío en la atención que el personal de enfermería le brindaba, ya que se prestaba una atención ligada a un protocolo institucional, dejando de lado la parte humana y la satisfacción integral del paciente lo que no satisfacía las necesidades del paciente, de esta experiencia nace la teoría del confort.

Donde las necesidades de cuidados de la salud dadas por las situaciones medicas estresantes que no pueden ser suplidas por el sistema de apoyo tradicional de cuidados del beneficiario, estas carencias se deben hacer desde las áreas físicas, psíquicas, sociales y ambientales observadas a través del seguimiento y reporte lingüístico y no verbal, así como parámetros fisiopatológicos presentes en la situaciones clínicas de cada usuario, donde se hace primordial la educación, apoyo, consejería e intervención financiera según las necesidades presentadas desde la medición objetiva del confort; definido como un estado que experimenta los receptores de las medias proporcionales de la comodidad , gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos alivio, tranquilidad y trascendencia (Kolcaba 1995).

Kolcaba y Steiner (2000), precisan que las enfermeras necesitan evaluar a los pacientes, comprender sus necesidades de comodidad, cuidarlos y mejorar los medios de apoyo (necesidades, apoyo familiar, espiritualidad, etc.). Según la teoría del descanso, se sabe que las intervenciones de relajación (masaje, toque terapéutico, aromaterapia, etc.) aumentan la comodidad del paciente. Cambios asociados a la

relajación, el pensamiento positivo y el buen humor (Apostolo & Kolcaba, 2009). Sumado a lo anterior, Uribe, Torrado y Acevedo (2012) observan que la determinación de patrones de confort permite a los profesionales de enfermería conocer el nivel de confort actual de los pacientes hospitalizados y planificar el tratamiento según sea necesario y que los fundamentos humanos sean el alivio, la serenidad o la trascendencia. .

Sumado a lo anterior, en el estudio llamado “comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio” (Gómez, Montalvo y Herrera, 2017), se evidencia que la aplicación del modelo de Kolcaba, logra brindarle confort a un número de personas en la unidad de cuidados intensivos donde participaron 160 pacientes, en este caso los resultados encontrados, prevaleció en las dimensiones sociales espirituales y físicas, resaltando el tipo de confort relacionado con la tranquilidad, evidenciándose que las personas de una clase socioeconómica alta y una educación superior presentaron una mayor adherencia al confort en los cuidados de enfermería, esto comprueba la efectividad y la validez de la teoría.

Finalmente, es crucial discutir los principios de enfermería para su uso en cuidados paliativos desde su perspectiva de enseñanza y práctica clínica, dependiendo del nivel de diseño de las intervenciones que demuestren su impacto en los pacientes, sus familias, seres queridos, personas y el propio grupo médico. importante. La Teoría del Confort promueve el confort del receptor del cuidado, identificando los tipos y contextos esenciales, a saber: físico, psicológico, espiritual, ambiental, social y cultural. La investigación identificada demuestra el uso de la teoría como base para crear intervenciones de enfermería, probar y ajustar escalas de confort que caracterizan las necesidades de los pacientes y sus cuidadores.

9. Conclusiones

Los estudios encontrados indican que la medición del confort del paciente está plenamente estandarizada en los temas relacionados con las afecciones físicas y psicológicas, sin embargo no se observa claramente como se aborda las necesidades espirituales del paciente, con el fin de realizar un análisis integral de las condiciones actuales y sus necesidades subyacentes, para lo cual es necesario ponerse en el lugar del paciente según las necesidades propias de este, teniendo en cuenta las percepciones del dolor y de confort que este precisa, por tal motivo es imprescindible que el personal de enfermería logre identificar el nivel de confort de cada paciente, aunque exista un procedimiento de confort establecido, debe de analizarse su caso específico.

Por otro lado, se evidencia que las enfermedades terminales más comunes encontradas en los estudios son las referentes a las neoplasias y a las enfermedades crónicas, que generan una dependencia a un tratamiento periódico como la falla renal o el EPOC severo, en este caso los cuidados paliativos se enfocan en mantener la sensación de bienestar ya que la persona presenta un mayor estado de conciencia, por su parte el nivel de confort se vuelve más complejo de suplir, donde se intervienen diferentes aspectos de la persona, los cuales deben ser identificados plenamente por el personal de enfermería con el fin de garantizar un tratamiento exitoso un mayor bienestar en el paciente.

Es de resaltar que la importancia de la teoría de Kolcaba para brindar un confort adecuado del paciente según las necesidades específicas de este, plantea las bases fundamentales en las cuales el personal de enfermería logra garantizar que el paciente terminal este cómodo, en su estancia hasta el final de sus vida, lo que supone la necesidad de contar con habilidades especiales que se desarrollan desde la mira holística de la humanización en el cuidado del paciente crítico a través de esta se garantiza su satisfacción y la de su familia brindando un cuidado de calidad.

Sumado a esto y como reflexión, existe la necesidad de aumentar el uso de estas intervenciones en la práctica de los cuidados paliativos, buscando mejorar la atención al paciente, a menudo en los dominios físico, psicológico, social y espiritual, incluida la educación. Crear expertos en el uso de estas intervenciones y el manejo general. del paciente.

10. Bibliografía

- Alligood, M. (2016). *Modelos y teorías en enfermería*. Octava ed. Elsevier, 2016.
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2019). Tipos de cuidados paliativos. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/asimilacion-con-cancer/efectos-fisicos-emocionales-y-sociales-del-cancer/tipos-de-cuidados-paliativos>
- Apóstolo, J., y Kolcaba, K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Arch Psychiatr Nurs*, 23(1), 403-11.
- Araújo, D., Rodrigues, A., Oliveira, P., Silva, L., Vecchia, B., Silveira, E. (2015). Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com doença enxerto submetidos a transplante de células-tronco hematopoiética. *Cogitare enferm*, 20(2), 307-315, <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.40340>
- Báez, F., Nava, V., Ramos, L., Medina, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Rev Aquichan*, 9(2).
- Bayés, R., Limonero, J., Arranz, P., y Romero, S. (2000) ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Rev. Medicina Clínica*, 115, 579-582.
- Bornem, T. (2011), *Palliative Care Nursing*. *Current problems in cancer*, 35, 351-356. DOI: 10.1016/j.currprobcancer.2011.10.009
- Brykczynski, K., y Benner, P. (2011). *Cuidado, Sabiduría Clínica y Ética en la Práctica de Enfermería*. *Modelos y Teorías en Enfermería (7a Ed)* Barcelona, Elsevier.
- Buisán, R., y Delgado, J. C.. (2007). El cuidado del paciente terminal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 103-112. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600008&lng=es&tlng=es.
- Catania, G., Beccaro, M., Costantini, M., Timmis, F., Zanini, M., Aleo, G., et al. (2016). What are the components of interventions focused on quality- of-life assessment in palliative care practice? a systematic review. *J Hosp Palliative Nurs*, 18(4), 310-6. http://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2016/08000/What_Are_the_Components_of_Interventions_Focused.8.aspx

chosen family's needs. *Cancers*, 9(2), 11. <https://doi.org/10.3390/cancers9020011>

Clark, K. (2017). Care at the very end-of-life: dying cancer patients and their

Combinato, D., y Queiroz, M. (2011). Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vygotsky. *Ciência & Saúde Coletiva*. Setembro, 16 (9), 3893- 900

Corsi, D., Turriziani, A., Cavanna, L., Morino, P., Ribecco, A., Ciaparrone, M., et al. (2019). Consensus document of the Italian Association of Medical Oncology and the Italian Society of Palliative Care on early palliative care. *Tumori*, 105(2), 103-12. <https://doi.org/10.1177/0300891618792478>

Costa, R., Costa, JLF., Gutierrez, FL., y Mesquita, AF. (2008). Como implementar cuidados paliativos de caldiad en una unidad de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 20(1), 88-92. Disponible en: <https://bit.ly/2InbBq9>

Coughlan, M., Cronin, P., y Ryan, F. (2013) *Doing a literature review in Nursing, Health and Social Care*. London: Sage.

De Arco-Canoles, O., y Suarez, ZK. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ. Salud*, 20(2), 171-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>

de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av en Enferm*, 31(1), 41–51. <https://bit.ly/2NAtVxU>

Duarte, E. (2014). Propuesta de una política nacional de cuidados paliativos, 17–20. http://editorialdigi.weebly.com/uploads/6/8/4/7/6847711/propuesta_politica_.pd

Durand, P., y Duverly, Z. (2018). Percepción del paciente terminal en duelo respecto a las intervenciones del Profesional Enfermero. Hospital José Cayetano Heredia-Piura 2018. *Universidad San Pedro*. http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/11790/Tesis_60699.pdf?sequence=1&isAllowed=y

en los servicios de Urgencias? *Universidad de Alicante*. <https://bit.ly/3eJ38f2>
<https://www.uv.es/revista/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>

- García, M. (2017). Factores asociados a la actitud del profesional de enfermería ante la muerte del paciente terminal. *Cuidado y Salud*, 277 -287. doi: https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v3i1.1424
- Garzón, C., Martínez, E., Julia, J., González, J., Maté, J., Ochoa, C., et al. (2010). Herramientas para la evaluación multidimensional de uso para médicos de Cuidados Paliativos: Proyecto ICO-tool kit. *Med Paliativa*, 17(6), 348-59
- Gayoso, M. (2018). Comfort level of caregivers of cancer patients receiving palliative care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2521.3029>
- Gómez, M. (1994) Instituto Canario de Estudios y promoción Social y Sanitaria, 267.
- González, C., Méndez, J., Romero, JI., Bustamante, J., Castro, R., Jiménez, M. (2012). Palliative care in Mexico. *Rev Med Hosp Gen Méx*, 75(3), 173–179.
- Goodwin, M., Sener, I., y Steiner, S. (2015). A novel theory for nursing education. *Journal of holistic nursing*, 25(4).
- Grant, M., y Brooth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*. 26, 91-108.
- Guerrero, J., Romero, G., Martínez, M., et al. (2016). Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Rev Enferm IMSS*, 24(2), 91-98.
- Hagan, TL. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurs Educ Today*, 61, 216-219. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.11.037
- Hain, D., y Haras, S. (2015). Changing Nephrology Nurses' Beliefs about the Value of Evidence-Based Practice and Their Ability to Implement in Clinical Practice. *Nephrology Nursing Journal*, 42, 563-566.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2017). Estimativa 2018/2019: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. <http://www1.inca.gov.br/>
- International Council of Nursing. Definition of Nursing. (2002). Definción de enfermería. Disponible en: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

- Joven, Z., y Guáqueta, S. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 37(1), 65-74. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., y Major, F. (1996). El pensamiento enfermero. Masson.
- Kolcaba, K. (1994). Una teoría de la comodidad holístico para la enfermería. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. (1995). Confort como proceso y producto, se fusionó en el arte integral de enfermería. *Revista de Enfermería Holística*, 13(2), 117-131
- Kolcaba, K. (1995). The art of comfort care. *Image: Nursing Scholarship*, 27(4), 287-9.
- Kolcaba, K. (2001). Evolución de la teoría de rango medio de la comodidad para la investigación de resultados. *Nursing Outlook*, 49(2), 86-92.
- Kolcaba, K., Dowd, T., Steiner, R., y Mitzel, A. (2004). Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 6(2):91-102.
- Kolcaba, K., y Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *J Holist Nurs*, 18(1), 46-62.
- Kovács, MJ. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. bioética*, 22(1):94-104. DOI: 10.1590/S1983-80422014000100011
- Kredert, S., Huincho, B., y León, J. (2020) Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de pacientes con cáncer de mama servicio ambulatorio Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima. *Rev. CURAE*.3(2), 1-16. <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1430/1975>
- Kubler, E., y Jáuregui, P. (2010). La muerte: un amanecer. Disponible en: <http://www.fundacionnunccoepi.mx/contenidos/pdf/La%20muerte%20un%20amanecer.pdf>
- Malaquias, S., Bachion, M., Martins, M., Nunes, C., Torres, G., y Pereira, L. (2014). Integridade tissular prejudicada, fatores relacionados e características definidoras em pessoas com úlceras vasculares. *Texto & contexto enferm*, 23(2), 434-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001090013>

- Malpica, MC. (2017). Percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente adulto con enfermedad oncológica hospitalizado en una IPS de IV nivel. *Universidad de la Sabana*. <https://bit.ly/3g6BwRf>
- Marrner, A., y Alligood, M. (2015). *Modelos y teorías en enfermería*. séptima ed. Elsevier
- McCaffrey, N., Bradley, S., Ratcliffe, J., y Currow, D. (2016). What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? a systematic review of qualitative research. *J Pain Symptom Manage*, 52(2), 318-28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27216362>
- Medlineplus. (2012). Cáncer pulmonar de células pequeñas. Medline Plus Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000122.htm>
- Meleis, A., Price, M. (1988). Strategies and Conditions for Teaching Theoretical Nursing: An International Perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 592-604
- Misterio de Salud y Protección Social. (2016). Guía de Práctica Clínica Cuidados Paliativos adopción,
- Mora, M., Ruiz, M. de J., Jiménez, V., Huerta, M. I., Alcántar, M., y Anguiano, A. (2020). Confort de pacientes hospitalizados con úlceras por presión. *Jóvenes en la ciencia*, 7. <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3210>
- Moreno M. (2015). Experiencias de aplicación de la Teoría del Confort de Katherine Kolcaba, M., y Muñoz, R. De la teoría de Enfermería a La práctica Experiencias con Proyectos de Gestión del Cuidado. *Universidad de la Sabana*, 199-207.
- Moreno, M. (2013). Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería Editorial. *Aquichan*, 13, 146–147.
- Muñoz, A., Morales, I., Bermejo, J., Galán, F., y Serna, JM. (2014). La Relación de ayuda en Enfermería. *Index de Enfermería*, 23(4), 229–33. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132
- Nava, G. (2010). Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio de confort. *Enfermería neurológica*, 9, 94-104.

- Nightingale, F. (1969). New York: Dover Publications Inc;. Notes on Nursing. What It Is, and What It Is Not.
- Novaes, E., Torres, M., y Oliva, A. (2015). Nursing diagnoses in surgical clinic. *Acta paul enferm*, 28(1), 26-31. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500006>
- OMS. (2011). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud Actualización 2010-2014, 1-72. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm>
- OMS. (2012). Cuidados paliativos. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- OMS. (2017). La OMS advierte de la insuficiencia de cuidados paliativos [Internet]. Política y Sociedad, 3. <http://www.actasanitaria.com/la-oms-advierte-de-la-insuficiencia-de-los-cuidados-paliativos>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Cuidados paliativos. Notas descriptivas, Disponible en: <https://bit.ly/2LJnLND>
- Pehlivan, S., Kuzhan, A., Yildirim, Y., y Fadiloglu, C. (2016). Comfort and quality of life in patients with breast cancer undergoing radiation therapy. *J BUON*, 21(3), 549-55. <https://jbuon.com/archive/21-3-549.pdf>
- Pereira, L., Thofehrn, M., y Amestoy, S. (2008). vivência de enfermeiras na iminência da própria morte. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Dezembro, 29 (4), 536- 42
- Potter, P., y Perry, A. (2001) *Fundamentos de Enfermería*. 5 ed. España.
- Programa Nacional de Prevención en la Especialidad de Psiquiatría. MINSAP. (2014). (Conducta Suicida, Alcoholismo y las Conductas Adictivas, Deambulantes, Salud Mental del niño y adolescente, Adulto Mayor, la Psicogeriatría).
- Raile, M. (2015). *Nursing Theorists and Their Work*. 8ª ed. Elsevier Mosby, 829. DOI: 10.1080/15524256.2011.593152
- Ramírez, C., Perdomo, Alix., y Galán, E. (2014). Evaluación de la calidad del cuidado
- Ranallo, L. (2017). Improving the quality of end-of-life care in pediatric oncology patients through the early implementation of palliative care. *J Pediatric Oncology*, 34(6), 374-80

- Ruiz, M., y Díaz, L. (2018). Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 36(2), 188-196.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.65833>
- Sanabria, L., Otero, M., y Urbina, O. (2002). Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Rev Cubana Educ Med Super*, 16(4)
- Sanchez, I., Romero, F. (2015). *Pacientes dependientes encamados: La movilidad*. Tercera ed. Alicante: *Ciencias y desarrollo*.
- Sánchez, R. (2018) Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica. *NefroPlus*, 10(1), 8- 15.
- Santamaría, N., García, L., Sánchez, B., y Carrillo, G. (2015). Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. *Rev Latinoam Bioética*, 16(30–1), 104.
<http://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/1443>
- Santamaría, NP., García, LE., Sánchez, B., y Carrillo, GM. (2015). Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. *Rev Latinoam Bioética*, 16(30–1), 104.
<http://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/14439>
- Saunders, C. (2011). *Velad conmigo: inspiración para una vida en cuidados paliativos*. Disponible en: http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/Velad-Comigo_Cicely-Saunders.pdf
- Silva, R., Campos, E., y Pereira, A. (2011) Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (3), 738-744.
- Smith, M., y Parker, M. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice*. Cuarta ed. Philadelphia: Davis Company.
- Snellman, I., Gustafsson, C., y Gustafsson, L. (2012). Patients' and Caregivers' Attributes in a Meaningful Care Encounter: Similarities and Notable Differences. *ISRN Nursing*, 1-9.
- Sousa, L., Vasconcelos, C., y Parra, A. (2015). Processo de enfermagem dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros de um hospital público de grande porte na

- Amazônia, Brasil. *Braz J Surg Clin Res*, 10(1):5–20. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150304_162920.pdf
- Sousa, R., Espírito, F., Santana, R., Lopes, M., et al. (2015). Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 19(1), 51-9. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150008>
- Souza, M., de, Silva, MD., y Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–6.
- Subsecretaria de Redes Asistenciales. (2007). Aprueba Norma General Administrativa no 19, "Gestión del cuidado de Enfermería para la atención Cerrada", Exenta 1127
- Swanson, K. (2007). Teoría de los Cuidados. In: Elsevier, editor. Modelos y teorías en enfermería. Sexta ed. Madrid. España, 766-77.
- Uribe, A., Torrado, I., y Acevedo, Y (2012). Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9(2), 17-25, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4114496>
- Valenzuela, M. (2015). ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería
- Vázquez, M., y Eserverri, MC. (2010). El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enferm Intensiva*, 21(4), 161–4.
- Vidal, M., y Torres, L. (2006). In Memoriam Cicely Saunders, fundadora de los cuidados paliativos. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 13(3), 143-144. Doi: 10.5402/2012/320145
- Whittemore, R., Chao, A., Jang., Minges, K.E., y Park, C. (2014). Methods for knowledge synthesis: an overview. *Heart Lung*. 43,5,453-61. doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.05.014
- Whittemore, R., y Knafk K. (2005). The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*, 52(5), 546–53.
- Winocur, M., y Bella, S. (2020). Características clínicas y asistenciales de los pacientes oncológicos en estadio terminal hasta el momento del óbito. *Methodo Investigación Aplicada a las Ciencias Biológicas*, 5(4), 144-148.

<http://methodo.ucc.edu.ar/files/vol5/num4/pdf/ART%2005%20Original%20Caracter%C3%ADsticas%20cl%C3%ADnicas%20y%20asistenciales%20de%20los%20pacientes%20oncol%C3%B3gicos%20en%20estadio%20terminal%20hasta%20el%20momento%20del%20%C3%B3bito.pdf>

Wright, K. (2016). Comfort theory and practice: a vision for holistic health. *Clinical nurse specialist*, 19(1).

Zambrano, G., Ferreira, J., Lindarte, A., Niño, C., Ramírez, N., y Rojas L. (2016). Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. *Cien Cui*. 7(1), 52-60.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3717275>