Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2026,
Volumen 10, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5

CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: REVISIÓN LITERARIA ESTRUCTURADA

NURSING PALLIATIVE CARE IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES: A STRUCTURED LITERATURE REVIEW

Eduardo Mahecha Reyes
Fundación Universitaria Navarra, Colombia

Kelly Fernanda Arguello Quintero
Fundación Universitaria Navarra, Colombia

Yuly Alexandra Gamboa
Fundación Universitaria Navarra, Colombia

Naslly Yorlanny Bolaños Diaz
Fundación Universitaria Navarra, Colombia

Mauricio Alejandro Hormaza Quiroz
Fundación Universitaria Navarra, Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5.26745

Cuidados Paliativos en Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares: Revisión Literaria Estructurada

Eduardo Mahecha Reyes[1]
e.mahecha@uninavarra.edu.co
https://orcid.org/0000-0003-3235-5319
Facultad de Ciencias de la Salud y Ciencias Básicas, Programa de Enfermería. Neiva
Fundación Universitaria Navarra
Colombia

Kelly Fernanda Arguello Quintero
Kelly.arguello@uninavarra.edu.co
https://orcid.org/0009-0006-4968-5110
Facultad de Ciencias de la Salud y Ciencias Básicas, Programa de Enfermería. Neiva
Fundación Universitaria Navarra
Colombia

Yuly Alexandra Gamboa
Yuly.gamboa@uninavarra.edu.co
https://orcid.org/0009-0009-0357-9402
Facultad de Ciencias de la Salud y Ciencias Básicas, Programa de Enfermería. Neiva
Fundación Universitaria Navarra
Colombia

Naslly Yorlanny Bolaños Diaz
Naslly.bolanos@uninavarra.edu.co
https://orcid.org/0009-0001-5770-6296
Facultad de Ciencias de la Salud y Ciencias Básicas, Programa de Enfermería. Neiva
Fundación Universitaria Navarra
Colombia

Mauricio Alejandro Hormaza Quiroz
mauricio.hormaza@uninavarra.edu.co
https://orcid.org/0009-0007-3048-9010
Facultad de Ciencias de la Salud y Ciencias Básicas, Programa de Enfermería. Neiva
Fundación Universitaria Navarra
Colombia

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares avanzadas generan síntomas persistentes, deterioro funcional y necesidades emocionales, familiares y de continuidad que justifican integrar cuidados paliativos junto con el tratamiento cardiológico. El objetivo fue describir los hallazgos de la literatura científica sobre los cuidados paliativos brindados por profesionales de enfermería a pacientes con enfermedades cardiovasculares. Se realizó una revisión literaria estructurada, descriptivo-analítica y documental, guiada por PRISMA 2020. Se consultaron PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO, ScienceDirect y ClinicalKey, e incluyeron estudios primarios publicados entre enero de 2020 y marzo de 2026 en español o inglés. La calidad metodológica se valoró con herramientas JBI y la certeza mediante un enfoque GRADE adaptado. De 1.989 registros identificados, 31 estudios conformaron la síntesis final. Las acciones más frecuentes fueron seguimiento y coordinación (74,2%), valoración y manejo clínico (67,7%), comunicación y planificación anticipada (64,5%) y apoyo psicosocial y familiar (64,5%). La evidencia fue principalmente moderada para continuidad, valoración, comunicación y educación. Se concluye que enfermería contribuye especialmente a la organización, continuidad y humanización del cuidado paliativo cardiovascular, aunque los efectos clínicos específicos suelen depender de modelos interdisciplinarios.

Palabras clave: cuidados paliativos; enfermedades cardiovasculares; atención de enfermería; insuficiencia cardíaca; continuidad de la atención.

[1] Autor principal
Correspondencia: e.mahecha@uninavarra.edu.co

Nursing Palliative Care in Patients with Cardiovascular Diseases: A Structured Literature Review

ABSTRACT

Advanced cardiovascular disease is associated with persistent symptoms, functional decline, and emotional, family, and continuity-of-care needs that support integrating palliative care with active cardiology treatment. This study aimed to describe findings from the scientific literature on palliative care provided by nursing professionals to patients with cardiovascular diseases. A structured, descriptive-analytical documentary literature review was conducted following PRISMA 2020. PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO, ScienceDirect, and ClinicalKey were searched for primary studies published in English or Spanish from January 2020 through March 2026. Methodological quality was assessed with JBI tools and certainty through an adapted GRADE approach. Of 1,989 records identified, 31 studies were included in the final synthesis. The most frequent nursing actions were follow-up and coordination (74.2%), clinical assessment and management (67.7%), communication and advance care planning (64.5%), and psychosocial and family support (64.5%). Evidence certainty was mainly moderate for continuity, assessment, communication, and education. Nursing contributes especially to the organization, continuity, and humanization of cardiovascular palliative care, although specific clinical effects commonly depend on interdisciplinary models

***Keywords*:** palliative care; cardiovascular diseases; nursing care; heart failure; continuity of patient care.

Artículo recibido 20 agosto 2026
Aceptado para publicación: 20 setiembre 2026

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las principales causas de muerte y discapacidad a escala mundial. El informe base de esta revisión señala que alrededor de 19,8 millones de personas fallecieron por estas enfermedades en 2022 y que una proporción importante de las muertes se relacionó con infarto de miocardio y accidente cerebrovascular (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). A medida que la enfermedad cardiovascular progresa, especialmente en la insuficiencia cardíaca avanzada, aparecen disnea, fatiga, dolor, deterioro funcional, hospitalizaciones repetidas, incertidumbre pronóstica y necesidades emocionales y familiares que no siempre son resueltas por el tratamiento dirigido exclusivamente a la enfermedad.

Los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades potencialmente mortales y de sus familias mediante la prevención y el alivio del sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s. f.). En enfermedad cardiovascular, este enfoque no debe entenderse como una intervención reservada a los últimos días de vida. La literatura contemporánea promueve su integración temprana y basada en necesidades, de forma paralela al tratamiento cardiológico activo, con especial atención a la toma de decisiones compartida, la comunicación sobre metas de cuidado y el apoyo a cuidadores (Graven et al., 2025; Núñez-Mondragón et al., 2025).

La pertinencia del problema también es evidente en Colombia. El informe de grado que dio origen a este artículo señala una brecha importante entre las necesidades paliativas y el acceso efectivo a servicios especializados, además de una elevada carga de enfermedad cardiovascular (Cuenta de Alto Costo, 2024; Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos [OCCP], 2025). Este contexto hace necesario identificar estrategias que puedan incorporarse a la práctica cotidiana de enfermería en hospitalización, consulta externa, atención primaria, domicilio y modelos integrados de atención.

Enfermería ocupa una posición especialmente relevante porque mantiene contacto longitudinal con pacientes y familias, realiza valoración clínica, educación, seguimiento, apoyo emocional, vigilancia de tratamientos y coordinación entre servicios. Sin embargo, su participación en cuidados paliativos cardiovasculares se describe de manera heterogénea. Algunas publicaciones muestran intervenciones lideradas por enfermeras o nurse practitioners, mientras otras analizan equipos interdisciplinarios donde

el componente de enfermería no puede aislarse por completo. Además, persisten barreras relacionadas con formación, claridad de roles, disponibilidad de servicios y reconocimiento oportuno de necesidades paliativas (Caleffi et al., 2025; McConnell et al., 2023; Nunciaroni et al., 2023).

Esta heterogeneidad genera un problema de interpretación: describir que enfermería participa en una actividad no equivale a demostrar que esa actividad produjo un efecto clínico independiente. Estudios previos han señalado beneficios potenciales de los cuidados paliativos sobre calidad de vida y bienestar, pero los resultados sobre síntomas, hospitalizaciones, carga del cuidador y mortalidad no son uniformes y suelen depender de intervenciones multicomponente (Li et al., 2024). Por ello, resulta necesario diferenciar entre funciones de proceso, experiencias cualitativas y desenlaces cuantitativos atribuibles al modelo asistencial.

A partir de este vacío, la revisión se orientó a responder la pregunta: ¿qué hallazgos reporta la literatura científica sobre los cuidados paliativos brindados por profesionales de enfermería a pacientes con enfermedades cardiovasculares que requieren este tipo de atención? El objetivo fue describir los hallazgos reportados en la literatura científica sobre los cuidados paliativos brindados por profesionales de enfermería a pacientes con enfermedades cardiovasculares, caracterizando los estudios disponibles, identificando intervenciones y acciones de enfermería y analizando los aportes reportados sobre control de síntomas, calidad de vida, apoyo emocional y familiar y continuidad del cuidado.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de literatura estructurada de estudios primarios, con alcance descriptivo-analítico y diseño documental. El proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión se organizó de acuerdo con PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Debido a la heterogeneidad de diseños, poblaciones, intervenciones y desenlaces, se efectuó una síntesis narrativa y temática, sin metaanálisis.

La pregunta se delimitó mediante la estrategia PCC. La población correspondió a personas de cualquier edad con enfermedad cardiovascular, especialmente enfermedad avanzada, deterioro funcional, síntomas persistentes, hospitalizaciones repetidas o necesidades susceptibles de atención paliativa. El concepto incluyó cuidados paliativos y participación de enfermería en valoración, control de síntomas, educación, comunicación, planificación anticipada, apoyo emocional y familiar, coordinación interdisciplinaria y continuidad del cuidado.

El contexto comprendió servicios hospitalarios, ambulatorios, domiciliarios, comunitarios, unidades especializadas y programas integrados de atención cardiovascular y paliativa.

La búsqueda principal se efectuó en PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO, ScienceDirect y ClinicalKey. Google Scholar y las listas de referencias de los estudios incluidos se utilizaron como fuentes complementarias. Se combinaron términos MeSH, DeCS y palabras libres relacionados con "Palliative Care", "Hospice Care", "End-of-Life Care", "Advance Care Planning", "Cardiovascular Diseases", "Heart Failure", "Nursing" y "Nursing Care", así como sus equivalentes en español. Los términos sinónimos se combinaron con OR y los bloques temáticos con AND.

Se incluyeron estudios primarios cuantitativos, cualitativos o mixtos publicados entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de marzo de 2026, en español o inglés, con texto completo disponible, población cardiovascular y resultados que permitieran reconocer intervenciones, funciones, experiencias, barreras, facilitadores o aportes de enfermería. Se excluyeron revisiones, editoriales, protocolos, resúmenes de congresos, capítulos, estudios sin datos primarios, publicaciones sin población cardiovascular diferenciable, trabajos sin participación identificable de enfermería, duplicados y textos con información insuficiente para establecer elegibilidad.

Los registros se gestionaron en Mendeley y se consolidaron en una matriz de Excel. Tras la depuración de duplicados, dos investigadoras revisaron de forma independiente títulos y resúmenes; los textos potencialmente elegibles se evaluaron a texto completo y las discrepancias se resolvieron por consenso o mediante una tercera investigadora. La extracción incluyó año, país, diseño, muestra, contexto, condición cardiovascular, intervención o función de enfermería, instrumentos, desenlaces, barreras, facilitadores y conclusiones.

La calidad metodológica se evaluó con las listas de verificación del Joanna Briggs Institute correspondientes a cada diseño (Aromataris & Munn, 2020). La certeza de los principales hallazgos se valoró mediante un enfoque GRADE adaptado, considerando riesgo de sesgo, inconsistencia, indirectitud, imprecisión y posible sesgo de publicación; para los hallazgos cualitativos se consideraron de forma complementaria la coherencia y relevancia de los datos (Guyatt et al., 2008). La calidad no se utilizó como criterio automático de exclusión, sino como elemento para graduar la confianza en la síntesis.

Al tratarse de una investigación documental con fuentes publicadas, no hubo contacto con pacientes, acceso a historias clínicas ni recolección de datos identificables. En consecuencia, el trabajo se consideró sin riesgo y se mantuvieron los principios de integridad científica, reconocimiento de autoría y manejo fiel de la evidencia, en concordancia con la normativa colombiana aplicable a investigación en salud y ejercicio de enfermería (Congreso de la República de Colombia, 2004; Ministerio de Salud de Colombia, 1993).

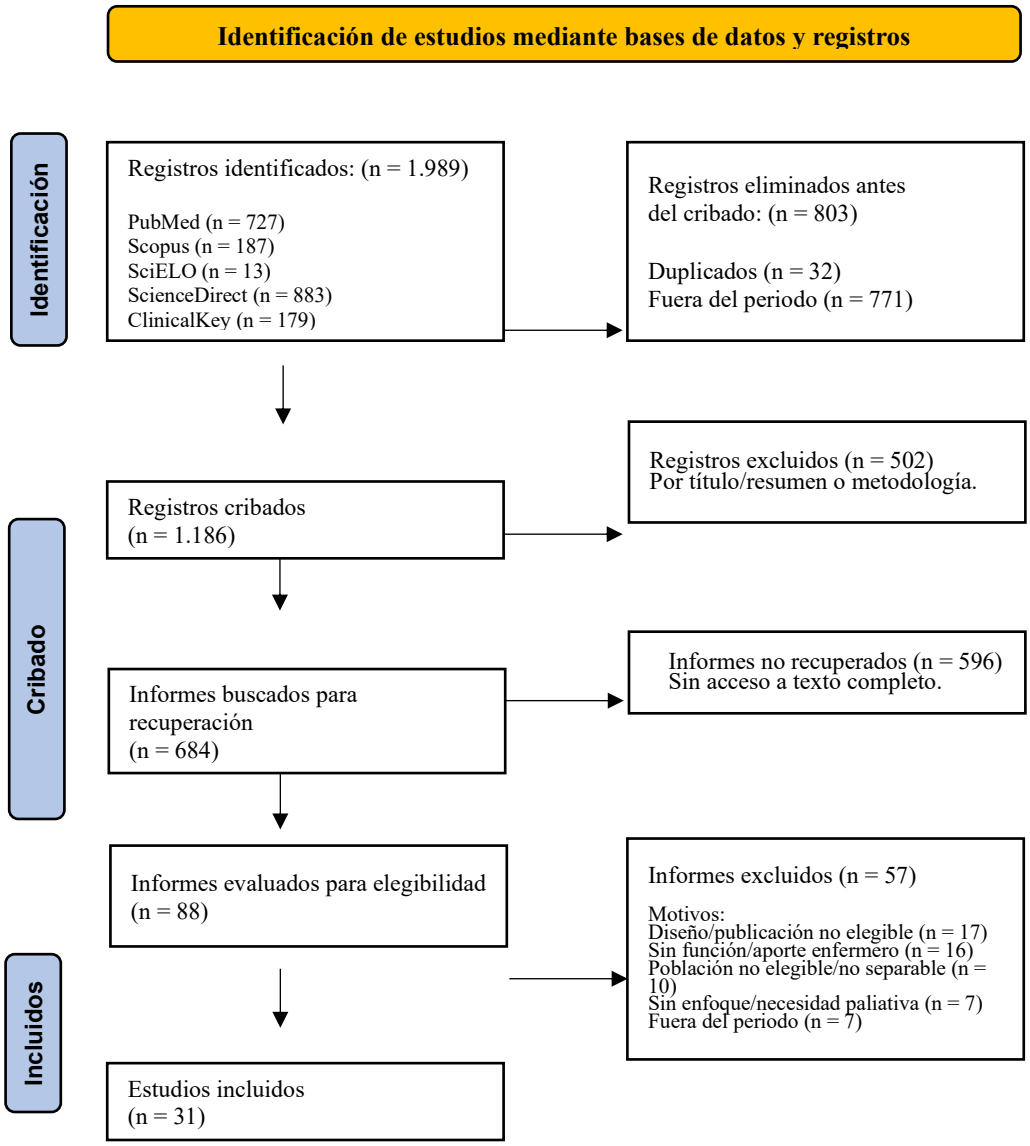
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Selección y características de los estudios

La búsqueda identificó 1.989 registros. Antes del cribado se eliminaron 803: 32 duplicados y 771 publicaciones fuera del periodo definido. Se cribaron 1.186 títulos y resúmenes, de los cuales 502 fueron excluidos. Se intentó recuperar 684 informes; 596 no pudieron obtenerse a texto completo y 88 fueron evaluados en elegibilidad. Tras la lectura completa se excluyeron 57 documentos y 31 estudios conformaron la síntesis final.

Los estudios fueron publicados entre 2020 y 2026. Estados Unidos aportó 13 trabajos (41,9%) e Irán cuatro (12,9%); Dinamarca, Países Bajos y Japón aportaron dos cada uno, y los demás procedieron de China, Alemania, Australia, Suecia, Nueva Zelanda, Canadá, Reino Unido y Arabia Saudita. Predominaron los estudios cualitativos (35,5%), seguidos por ensayos clínicos aleatorizados o análisis derivados de ensayos (32,3%), estudios observacionales cuantitativos o transversales (22,6%) y trabajos de implementación, factibilidad o reporte clínico (9,7%). En 28 estudios (90,3%) la insuficiencia cardíaca o la enfermedad cardíaca avanzada fue la población exclusiva o predominante; tres publicaciones abordaron específicamente soporte circulatorio mecánico VAD/LVAD.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020, proceso de selección de estudios.



Fuente: elaboración propia.

La valoración JBI mostró calidad alta en ocho estudios (25,8%), moderada-alta en siete (22,6%), moderada en 13 (41,9%) y moderada-baja en tres (9,7%).

Por tanto, la mayor parte del corpus presentó calidad metodológica moderada o superior, aunque la diversidad de diseños y el carácter piloto o descriptivo de varios trabajos exigieron prudencia al interpretar causalidad.

Tabla 1. Caracterización general de los estudios incluidos

Indicador	Resultado principal
Estudios incluidos	31 estudios primarios publicados entre 2020 y 2026.
Años con mayor frecuencia	2020 y 2022: 6 estudios cada uno (19,4%); 2021 y 2024: 5 cada uno (16,1%).
Procedencia	Estados Unidos: 13 (41,9%); Irán: 4 (12,9%); Dinamarca, Países Bajos y Japón: 2 cada uno (6,5%); otros países: 1 estudio cada uno.
Diseños	Cualitativos: 11 (35,5%); ensayos clínicos o análisis derivados: 10 (32,3%); observacionales cuantitativos/transversales: 7 (22,6%); implementación, factibilidad o reporte clínico: 3 (9,7%).
Condición cardiovascular	Insuficiencia cardíaca o enfermedad cardíaca avanzada exclusiva/predominante: 28 (90,3%); tres estudios abordaron VAD/LVAD.
Escenarios	Hospitalización, consulta ambulatoria, atención primaria, domicilio, hospice, urgencias, teleatención y modelos integrados cardiología-cuidados paliativos.
Calidad JBI	Alta: 8 (25,8%); moderada-alta: 7 (22,6%); moderada: 13 (41,9%); moderada-baja: 3 (9,7%).

Nota. Las categorías de población y escenarios no son mutuamente excluyentes. Fuente: elaboración propia a partir de los 31 estudios incluidos.

Intervenciones y acciones de cuidado paliativo de enfermería

Con un criterio conservador —contabilizando únicamente actividades descritas como realizadas por una enfermera, nurse practitioner o por enfermería dentro de un equipo— el seguimiento y la coordinación fueron las acciones más frecuentes, presentes en 23 estudios (74,2%). La valoración y el manejo clínico de síntomas, confort o medicación aparecieron en 21 (67,7%); la comunicación y planificación anticipada en 20 (64,5%); el apoyo psicosocial, espiritual o familiar también en 20 (64,5%); la educación o coaching en 12 (38,7%); la identificación temprana mediante estrategias implementadas en dos (6,5%); y el manejo técnico de terapias complejas, VAD/LVAD u hospice en cuatro (12,9%). Estas frecuencias expresan presencia de una práctica y no eficacia.

En valoración clínica, los estudios describieron revisión de síntomas, necesidades psicosociales, medicación y metas de cuidado; seguimiento posterior al alta; vigilancia domiciliaria y educación para reconocer deterioro. Los resultados fueron heterogéneos. Ze et al. (2023) observaron mejoría del Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire en pacientes NYHA IV y reducción de ansiedad y depresión en NYHA III-IV. Kavalieratos et al. (2022) reportaron percepción de mejoría en un ensayo piloto, mientras

Mayr et al. (2021) describieron una reducción de carga sintomática sin análisis inferencial. Granger et al. (2022), por su parte, no encontraron reducción del número de medicamentos en el análisis de polifarmacia de PAL-HF. Otros trabajos incorporaron manejo de síntomas dentro de programas multicomponente sin demostrar un efecto independiente de enfermería (Fernandes et al., 2026; Jordan et al., 2020; Lange et al., 2026; Piamjariyakul et al., 2024).

La educación y el coaching se orientaron al reconocimiento de síntomas, medicación, dieta, autocuidado, afrontamiento, señales de alarma y participación familiar. Intervenciones domiciliarias o virtuales mostraron resultados favorables en diferentes dimensiones de calidad de vida (Khajehpoor et al., 2023; Mirshahi et al., 2024; Piamjariyakul et al., 2024; Wells et al., 2021). No obstante, Dionne-Odom et al. (2020) no observaron diferencias significativas en calidad de vida, ansiedad, depresión o carga del cuidador durante las primeras 16 semanas, lo que muestra que la presencia de coaching no garantiza un beneficio uniforme.

Los análisis derivados de PAL-HF también mostraron señales favorables de calidad de vida en distintos grupos raciales, sin evidencia de diferencias estadísticamente significativas por raza; estos hallazgos corresponden al programa paliativo completo y no a un componente enfermero aislado (Tobin et al., 2022).

La comunicación clínica y la planificación anticipada fueron transversales a la trayectoria de la enfermedad. Se describieron conversaciones sobre pronóstico, metas, valores, directrices anticipadas, identificación del decisor y decisiones de final de vida en intervenciones ambulatorias, domiciliarias y hospitalarias (Granger et al., 2022; Hjelmfors et al., 2022; Kavalieratos et al., 2022; Tokunaga-Nakawatase et al., 2020). En modelos integrados, enfermería participó en reuniones familiares y documentación de preferencias (Bharani et al., 2024; Doi et al., 2023). En soporte circulatorio mecánico, la consulta previa al implante y la planificación alrededor de escenarios futuros también incluyeron participación de nurse practitioners, aunque los resultados no pueden atribuirse exclusivamente a enfermería (Latimer et al., 2021; Nakagawa et al., 2020; Pandey et al., 2021).

El apoyo psicosocial y familiar incluyó escucha, orientación emocional, espiritualidad, compasión, dignidad y acompañamiento al cuidador.

Los hallazgos cuantitativos fueron variables: Ze et al. (2023) y Piamjariyakul et al. (2024) informaron mejorías en ansiedad o depresión, mientras Dionne-Odom et al. (2020) no identificaron diferencias significativas en cuidadores. Los estudios cualitativos reforzaron el valor de la escucha y la preservación de la dignidad (Akbarian-Rokni et al., 2025; Jørgensen et al., 2026; Roikjær et al., 2020). En urgencias, Alqahtani et al. (2025) describieron que privacidad, confort, comunicación familiar y sensibilidad cultural eran consideradas relevantes, pero limitadas por tiempo, espacio y formación.

La continuidad asistencial se materializó mediante llamadas, telesalud, visitas domiciliarias, coordinación del alta y enlace entre cardiología, atención primaria, hospice y cuidados paliativos. En modelos domiciliarios e integrados se describieron menor utilización hospitalaria o consultas paliativas más tempranas, pero estos hallazgos correspondieron a equipos interdisciplinarios o diseños observacionales (Bharani et al., 2024; Quinn et al., 2022). Un reporte de caso mostró 17 meses sin rehospitalización durante infusión domiciliaria coordinada por varios profesionales, pero su diseño impide generalización (Chirnside et al., 2024). Ament et al. (2022), Fairlamb y Murtagh (2021) y Janssen et al. (2020) aportaron principalmente evidencia sobre barreras y condiciones necesarias para una identificación y coordinación oportunas, no sobre eficacia de una intervención.

La identificación temprana fue el componente menos evaluado mediante estrategias implementadas. En KOPAL, una enfermera de cuidados paliativos especializados realizaba una valoración estructurada seguida de consulta médica y conferencia de caso, pero la población incluía varias enfermedades crónicas avanzadas (Pohontsch et al., 2024). Bharani et al. (2024) describieron un modelo hospitalario con una nurse practitioner integrada y criterios disparadores, con mayor volumen y precocidad de consultas tras la implementación; sin embargo, las diferencias basales entre grupos impiden inferir causalidad. En cuidados complejos, Jordan et al. (2020), Latimer et al. (2021), Chirnside et al. (2024) y Pandey et al. (2021) señalaron la necesidad de capacitación específica, monitorización y respaldo experto para VAD/LVAD, infusiones domiciliarias y hospice.

Tabla 2. Clasificación temática de las acciones de enfermería

Subtema	n (%)	Síntesis
Seguimiento, coordinación interdisciplinaria y continuidad	23 (74,2%)	Llamadas, telesalud, visitas domiciliarias, coordinación del alta y enlace entre servicios. Es el componente de proceso con mayor presencia.
Valoración y manejo clínico de síntomas, confort y medicación	21 (67,7%)	Valoración de necesidades y síntomas, vigilancia clínica, medidas de confort y revisión de tratamientos. La reducción de síntomas no fue uniforme.
Comunicación, planificación anticipada y toma de decisiones	20 (64,5%)	Exploración de valores, metas, pronóstico, directrices anticipadas y decisiones de final de vida, generalmente dentro de equipos.
Apoyo psicosocial, espiritual, familiar y dignidad	20 (64,5%)	Escucha, afrontamiento, espiritualidad, apoyo familiar y preservación de la dignidad. Los desenlaces cuantitativos fueron variables.
Educación, autocuidado y coaching	12 (38,7%)	Educación sobre síntomas, medicación, dieta, autocuidado, afrontamiento y señales de alarma; varias intervenciones usaron telesalud.
Identificación temprana y derivación	2 (6,5%)	Pocas estrategias implementadas con participación clara de enfermería; predominó evidencia contextual sobre barreras y criterios deseables.
Terapias/dispositivos avanzados y hospice	4 (12,9%)	Cuidados complejos, VAD/LVAD, infusiones domiciliarias y capacitación de personal de hospice; evidencia procedente de contextos muy especializados.

Nota. Los porcentajes expresan presencia de la práctica en los 31 estudios y no eficacia. Las categorías son no excluyentes.
Fuente: elaboración propia.

Certeza de la evidencia y aportes atribuibles

La síntesis mostró que la contribución más consistente de enfermería se ubicó en la organización del proceso asistencial. Los efectos clínicos sobre calidad de vida, síntomas, bienestar emocional, carga del cuidador o utilización de servicios fueron favorables en algunos estudios, pero con variabilidad y frecuente participación de intervenciones interdisciplinarias. Por esta razón, se evitó interpretar la mera presencia de una función de enfermería como prueba de eficacia.

Tabla 3. Perfil GRADE adaptado por hallazgo principal

Hallazgo	n (%)	Certeza	Interpretación
Seguimiento y coordinación	23/31 (74,2%)	Moderada	Componente central y recurrente; los efectos sobre hospitalización o mortalidad suelen pertenecer a modelos completos.
Valoración y manejo clínico	21/31 (67,7%)	Moderada	La valoración aparece de forma consistente, pero no todos los estudios demostraron reducción de carga sintomática.
Comunicación y planificación anticipada	20/31 (64,5%)	Moderada	La participación de enfermería en metas y preferencias está respaldada; las decisiones complejas son interdisciplinarias.
Apoyo psicosocial y familiar	20/31 (64,5%)	Baja a moderada	Clínicamente relevante, aunque ansiedad, depresión y carga del cuidador mostraron resultados variables.
Educación y coaching	12/31 (38,7%)	Moderada	Factible y asociada con autocuidado y bienestar en varios estudios; gran heterogeneidad de intensidad y modalidad.
Identificación temprana	2/31 (6,5%)	Baja	Pocos estudios implementaron estrategias específicas y algunas poblaciones fueron mixtas.
Dispositivos avanzados/hospice	4/31 (12,9%)	Baja	Se requieren competencias específicas, pero la evidencia proviene de contextos especializados y diseños de limitada generalización.

Nota. La certeza se valoró mediante un enfoque GRADE adaptado a la heterogeneidad del corpus y se utilizó para orientar, no para atribuir causalidad exclusiva a enfermería. Fuente: elaboración propia

Discusión e implicaciones

En conjunto, los hallazgos muestran que el cuidado paliativo de enfermería cardiovascular trasciende el alivio de síntomas y comprende una función multidimensional de valoración, educación, comunicación, acompañamiento y articulación asistencial. Esta interpretación coincide con la revisión de Nunciaroni et al. (2023), que destaca control de síntomas, confort, atención integral, orientación familiar y comunicación como componentes relevantes de la práctica de enfermería en insuficiencia cardíaca.

La principal fortaleza de la evidencia se encuentra en el proceso de cuidado y no necesariamente en efectos clínicos exclusivos. La valoración GRADE adaptada otorgó certeza moderada al seguimiento y coordinación, valoración clínica, comunicación y planificación anticipada y educación; el apoyo

psicosocial y familiar se ubicó entre baja y moderada, y la identificación temprana y el cuidado relacionado con dispositivos avanzados u hospice alcanzaron certeza baja. Ningún hallazgo obtuvo certeza alta. Esta gradación es coherente con la heterogeneidad metodológica, el tamaño reducido de varios estudios y la frecuente participación de equipos interdisciplinarios.

Los resultados sobre calidad de vida fueron más consistentes que los relacionados con reducción global de síntomas. Esta diferencia coincide con el metaanálisis de Li et al. (2024), que encontró beneficios de intervenciones paliativas comunitarias en resultados reportados por pacientes, pero no una reducción uniforme de la carga sintomática. Por tanto, es más prudente afirmar que la enfermería contribuye a un cuidado integral y centrado en la persona que atribuirle de manera aislada cambios clínicos que dependen de múltiples componentes.

La comunicación y la planificación anticipada emergieron como funciones de alta aplicabilidad. La American Heart Association recomienda integrar cuidados paliativos a lo largo de la evolución de la enfermedad cardiovascular avanzada y no restringirlos al final de la vida (Graven et al., 2025). De manera concordante, Schichtel et al. (2020) encontraron que la planificación anticipada puede mejorar comunicación, satisfacción y algunos desenlaces cuando se desarrolla como un proceso continuo. Esto respalda que enfermería explore valores, preferencias y metas de forma repetida, documente cambios y facilite la conexión con el equipo interdisciplinario.

El manejo farmacológico también requiere una perspectiva paliativa. Aunque la revisión de polifarmacia de PAL-HF no mostró una reducción automática del número de medicamentos (Granger et al., 2022), las recomendaciones contemporáneas enfatizan revisar periódicamente beneficios, carga terapéutica y metas del paciente (Di Palo et al., 2024). En este proceso, enfermería puede identificar efectos adversos, problemas de adherencia o cambios clínicos y comunicar oportunamente esta información, sin sustituir las decisiones prescriptivas que corresponden al equipo tratante.

La continuidad fue uno de los hallazgos más consistentes y tiene implicaciones prácticas para transiciones entre hospital, consulta, atención primaria, domicilio y servicios paliativos. El metaanálisis de Ahmed et al. (2024) reportó resultados favorables de modelos multidisciplinarios coordinados por enfermería en insuficiencia cardíaca, mientras Ariyanto y Rosa (2024) encontraron mejoría de calidad de vida con telenursing, aunque con heterogeneidad entre intervenciones.

Estos datos apoyan el seguimiento remoto o domiciliario cuando existen criterios de alarma, rutas de escalamiento, conectividad y respaldo profesional.

La implementación depende, sin embargo, de condiciones organizacionales. Los estudios incluidos describieron incertidumbre pronóstica, insuficiente formación, fragmentación asistencial y falta de claridad sobre responsabilidades (Akbarian-Rokni et al., 2023; Ament et al., 2022; Fairlamb & Murtagh, 2021; Jørgensen et al., 2026). Esta situación coincide con McConnell et al. (2023) y Caleffi et al. (2025), quienes señalan que la integración entre cardiología y paliación mejora cuando existen capacitación, liderazgo, tiempo, apoyo institucional y definición explícita de roles.

La contribución novedosa de esta revisión consiste en diferenciar tres niveles que con frecuencia se confunden: acciones realizadas por enfermería, resultados observados dentro de modelos interdisciplinarios y efectos clínicos atribuibles de manera específica al componente enfermero. Esta distinción evita sobreinterpretar la evidencia y permite formular recomendaciones más realistas. En la práctica, las acciones con mejor balance entre factibilidad, bajo riesgo y soporte de evidencia son la valoración multidimensional, la comunicación y planificación anticipada, la educación, el apoyo básico al paciente y cuidador y la coordinación de la continuidad.

La revisión presenta limitaciones. Se restringió a publicaciones en español e inglés y al periodo definido por el protocolo; además, 596 informes no pudieron recuperarse a texto completo, lo que puede favorecer sesgo de selección. La heterogeneidad de diseños, intervenciones e instrumentos impidió realizar metaanálisis y limitó la comparación directa. Varios estudios fueron piloto, análisis secundarios, cualitativos, observacionales o reportes de caso, y en numerosos modelos no fue posible separar el efecto específico de enfermería.

La validez externa también debe interpretarse con cautela. La evidencia se concentró en insuficiencia cardíaca y en sistemas de salud de Estados Unidos, Europa y Asia, con escasa representación latinoamericana. Modelos basados en nurse practitioners, hospice domiciliario o alta disponibilidad de servicios paliativos no pueden trasladarse de manera automática a Colombia. Se requieren estudios locales que evalúen factibilidad, costos, aceptabilidad y resultados de intervenciones adaptadas a los recursos, funciones profesionales, conectividad y redes de atención del país.

CONCLUSIONES

La evidencia revisada permite sostener que enfermería tiene un papel relevante en la integración del cuidado paliativo a la atención cardiovascular, especialmente mediante valoración de necesidades, educación, comunicación y planificación anticipada, apoyo psicosocial y familiar, seguimiento y coordinación entre servicios. Estas funciones aparecen con mayor consistencia que los efectos clínicos atribuibles exclusivamente a una intervención enfermera.

La certeza fue principalmente moderada para valoración, comunicación, educación y continuidad, mientras que la identificación temprana y el cuidado de dispositivos avanzados u hospice se sustentaron en evidencia más limitada. Por ello, las acciones de bajo riesgo y alta aplicabilidad pueden incorporarse de manera prioritaria, mientras que las intervenciones intensivas o técnicamente complejas requieren capacitación, protocolos y respaldo interdisciplinario.

Los hallazgos respaldan una integración temprana del enfoque paliativo basada en necesidades y desarrollada de forma simultánea al tratamiento cardiovascular activo. Para la práctica de enfermería, esto implica valorar periódicamente síntomas y funcionalidad, explorar preferencias, educar al paciente y cuidador, reconocer cambios clínicos, facilitar transiciones y activar oportunamente otros profesionales cuando la complejidad exceda su alcance.

Persisten interrogantes sobre el efecto independiente de enfermería en calidad de vida, carga sintomática, utilización de servicios y bienestar del cuidador. Las investigaciones futuras deben incluir muestras mayores, diseños que permitan aislar el componente enfermero, desenlaces estandarizados y estudios en Colombia y Latinoamérica que determinen cómo adaptar estos modelos a contextos reales de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ahmed, M., Shafiq, A., Zahid, M., Dhawadi, S., Javaid, H., Rehman, M. E. U., Chachar, M. A., & Siddiqi, A. K. (2024). Clinical outcomes with nurse-coordinated multidisciplinary care in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Current Problems in Cardiology*, *49*(1 Pt A), 102041. https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.102041

Akbarian-Rokni, M., Abbasi, M., Pezaro, S., & Mardani-Hamooleh, M. (2025). Compassion as the cornerstone of palliative nursing care for patients with heart failure: A phenomenological study. *BMC Research Notes*, *18*, 81. https://doi.org/10.1186/s13104-025-07158-7

Akbarian-Rokni, M., Mardani-Hamooleh, M., Abbasi, M., Seyedfatemi, N., & Pezaro, S. (2023). Nurses' perceptions of the challenges involved in providing of end-of-life care to people with heart failure: A context-based study. *BMC Palliative Care*, *22*, 180. https://doi.org/10.1186/s12904-023-01305-2

Alqahtani, A. J., Mitchell, G. K., Crossland, L., & Alyami, H. M. (2025). Enhancing end-of-life care for advanced heart failure patients in Saudi Arabian emergency departments: Perspectives of emergency department staff on challenges. *Australasian Emergency Care*, *28*(2), 150–156. https://doi.org/10.1016/j.auec.2025.01.004

Ament, S. M. C., van den Broek, L. M., van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., Boyne, J. J. J., Maessen, J. M. C., Bekkers, S. C. A. M., Bellersen, L., Brunner-La Rocca, H.-P., Engels, Y., & Janssen, D. J. A. (2022). What to consider when implementing a tool for timely recognition of palliative care needs in heart failure: A context-based qualitative study. *BMC Palliative Care*, *21*, 1. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00896-y

Ariyanto, H., & Rosa, E. M. (2024). Effectiveness of telenursing in improving quality of life in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, *19*(3), 664–676. https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2024.04.009

Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). JBI manual for evidence synthesis. JBI. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01

Bharani, A., Mehta, A., Hiensch, K., Zeng, L., Lala, A., Pinney, S., Goldstein, N., Chai, E., & Gelfman, L. P. (2024). Referral versus embedded palliative care consultation among people hospitalized with heart failure: A report from a single center pilot program. *Journal of Pain and Symptom Management*, *67*(3), 241–249. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.11.027

Caleffi, D., Alberti, S., Rovesti, S., Bassi, M. C., Hassen, H., Saguatti, I., Cannizzaro, D., & Ferri, P. (2025). Nurses' attitudes and perceptions towards heart failure palliative care: A mixed method systematic review. *Healthcare*, *13*(6), 673. https://doi.org/10.3390/healthcare13060673

Chirnside, J. G., Malone, C. J., Scott, J. G., & Crozier, I. G. (2024). Managing an advanced heart failure patient at home with a long-term continuous intravenous furosemide infusion. *JACC Case Reports*, *29*(19), 102611. https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2024.102611

Congreso de la República de Colombia. (2004). Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia.

Cuenta de Alto Costo. (2024, 12 de octubre). *Día mundial de los cuidados paliativos*. https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-de-los-cuidados-paliativos/

Di Palo, K. E., Feder, S., Baggenstos, Y. T., Cornelio, C. K., Forman, D. E., Goyal, P., Kwak, M. J., & McIlvennan, C. K. (2024). Palliative pharmacotherapy for cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, *17*(8), e000131. https://doi.org/10.1161/HCQ.0000000000000131

Dionne-Odom, J. N., Ejem, D. B., Wells, R., Azuero, A., Stockdill, M. L., Keebler, K., Sockwell, E., Tims, S., Engler, S., Kvale, E., Durant, R. W., Tucker, R. O., Burgio, K. L., Tallaj, J., Pamboukian, S. V., Swetz, K. M., & Bakitas, M. A. (2020). Effects of a telehealth early palliative care intervention for family caregivers of persons with advanced heart failure: The ENABLE CHF-PC randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, *3*(4), e202583. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.2583

Doi, M., Maruyama, Y., Kaneda, A., Minamizaki, M., Fukada, M., & Kanoya, Y. (2023). Comprehensive end-of-life care practices for older patients with heart failure provided by specialized nurses: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, *23*, 350. https://doi.org/10.1186/s12877-023-04050-6

Fairlamb, H. J., & Murtagh, F. E. M. (2021). Health professionals' perceptions of palliative care for end-stage cardiac and respiratory conditions: A qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, *20*, 103. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00805-3

Fernandes, B. R., Newton, J. A., Betts, K., & Sheehan, C. (2026). Comprehensive symptom assessment of patients with end-stage heart failure referred to palliative care. *Heart, Lung and Circulation*, 35(2), 283–291. https://doi.org/10.1016/j.hlc.2025.08.024

Granger, B. B., Tulsky, J. A., Kaufman, B. G., Clare, R. M., Anstrom, K., Mark, D. B., Johnson, K. A., Patel, C. B., Fiuzat, M., Steinhauser, K., O'Connor, C. M., Rogers, J. G., & Mentz, R. J. (2022). Polypharmacy in palliative care for advanced heart failure: The PAL-HF experience. *Journal of Cardiac Failure*, *28*(2), 334–338. https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.08.021

Graven, L. J., Kitko, L., Saylor, M. A., Allen, L., Durante, A., Evangelista, L. S., Fiedler, A., Kirkpatrick, J., Mixon, L., & Wells, R. (2025). Palliative care and advanced cardiovascular disease in adults: Not just end-of-life care: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, *151*(21), e1030–e1042. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001323

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, *336*(7650), 924–926. https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD

Hjelmfors, L., Mårtensson, J., Strömberg, A., Sandgren, A., Friedrichsen, M., & Jaarsma, T. (2022). Communication about prognosis and end-of-life in heart failure care and experiences using a Heart Failure Question Prompt List. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(8), 4841. https://doi.org/10.3390/ijerph19084841

Janssen, D. J. A., Ament, S. M. C., Boyne, J., Schols, J. M. G. A., Brunner-La Rocca, H.-P., Maessen, J. M. C., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. J. (2020). Characteristics for a tool for timely identification of palliative needs in heart failure: The views of Dutch patients, their families and healthcare professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *19*(8), 711–720. https://doi.org/10.1177/1474515120918962

Jordan, L., Russell, D., Baik, D., Dooley, F., & Masterson Creber, R. M. (2020). The development and implementation of a cardiac home hospice program: Results of a RE-AIM analysis. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *37*(11), 925–935. https://doi.org/10.1177/1049909120925432

Jørgensen, M., Borregaard, B., Jaarsma, T., Højskov, I. E., & Larsen, M. K. (2026). Navigating uncertainty and vulnerability: Cardiac nurses' perspectives on providing palliative care for patients with late-stage heart failure. *Heart & Lung*, *77*, 102686. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2025.102686

Kavalieratos, D., Harinstein, M. E., Rose, B., Lowers, J., Hoydich, Z. P., Bekelman, D. B., Allen, L. A., Rollman, B. L., Ernecoff, N. C., Moreines, L. T., Bakitas, M. A., & Arnold, R. M. (2022). Primary palliative care for heart failure provided within ambulatory cardiology: A randomized pilot trial. *Heart & Lung*, *56*, 125–132. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.07.002

Khajehpoor, M. H., Shahrbabaki, P. M., & Nouhi, E. (2023). Effects of a home-based palliative heart failure program on quality of life among the elderly: A clinical trial study. *BMC Palliative Care*, *22*, 130. https://doi.org/10.1186/s12904-023-01245-x

Lange, A. V., Glickman, A., Wells, K., Mee, T. C., Carey, E. P., Kavalieratos, D., Bettcher, B. M., Kluger, B., & Bekelman, D. B. (2026). Does cognitive function influence the benefits of multicomponent team interventions? Journal of the American Medical Directors Association, 27(1), 105976. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2025.105976

Latimer, A. L., Otis, M. D., Flaherty, C., & Ross, M. A. (2021). A survey of moral distress and end of life care in mechanical circulatory support nurses. *Heart & Lung*, *50*(1), 65–70. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.06.010

Li, Y., Li, J., Fu, M. R., Martín Payo, R., Tian, X., Sun, Y., Sun, L., & Fang, J. (2024). Effectiveness of palliative care interventions on patient-reported outcomes and all-cause mortality in community-dwelling adults with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *160*, 104887. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104887

Mayr, F. B., Plowman, J. L., Blakowski, S., Sell-Shemansky, K., Young, J. M., & Yende, S. (2021). Feasibility of a home-based palliative care intervention for elderly multimorbid survivors of critical illness. *American Journal of Critical Care*, *30*(1), e12–e31. https://doi.org/10.4037/ajcc2021117

McConnell, T., Blair, C., Burden, J., Duddy, C., Hill, L., Howie, C., Jones, B., Ruane, B., Wong, G., & Reid, J. (2023). Integrating palliative care and heart failure: A systematic realist synthesis (PalliatHeartSynthesis). *Open Heart*, *10*(2), e002438. https://doi.org/10.1136/openhrt-2023-002438

Ministerio de Salud de Colombia. (1993). Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Mirshahi, A., Bakitas, M., Khoshavi, M., Khanipour-Kencha, A., Riahi, S. M., Wells, R., Odom, J. N., Ghiyasvandian, S., & Zakerimoghadam, M. (2024). The impact of an integrated early palliative care telehealth intervention on the quality of life of heart failure patients: A randomized controlled feasibility study. *BMC Palliative Care*, *23*, 22. https://doi.org/10.1186/s12904-024-01348-z

Nakagawa, S., Takayama, H., Takeda, K., Topkara, V. K., Yuill, L., Zampetti, S., McLaughlin, K., Yuzefpolskaya, M., Colombo, P. C., Naka, Y., Uriel, N., & Blinderman, C. D. (2020). Association between "unacceptable condition" expressed in palliative care consultation before left ventricular assist device implantation and care received at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(5), 976–983.e1. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.025

Nunciaroni, A. T., Neves, I. F., Marques, C. S. G., Santos, N. D., Corrêa, V. F. A., & Silva, R. F. A. (2023). Palliative care in heart failure: An integrative review of nurse practice. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *40*(1), 96–105. https://doi.org/10.1177/10499091221085276

Núñez-Mondragón, J. P., Esquivel-Salinas, I. A., Bustamante-Altamirano, M., & Guevara-López, U. (2025). Cuidados paliativos tempranos en pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas y multimorbilidad. *Revisión de la literatura. Revista Mexicana de Anestesiología*, *48*(1), 55–62. https://doi.org/10.35366/118368

Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. (2025). *Contexto cuidados paliativos*. https://www.occp.com.co/dominios/contexto-cuidados-paliativos

Organización Mundial de la Salud. (2021, 11 de junio). *Enfermedades cardiovasculares*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Cuidados paliativos*. https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Pandey, D., Mahmood, A., Harounian, J., Fleming-Damon, C., Mencias, M., Portenoy, R. K., & Knotkova, H. (2021). Providing end-of-life care for patients with left ventricular assist devices: Experience of a hospice agency. *Journal of Pain and Symptom Management*, *61*(5), 891–897. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.003

Piamjariyakul, U., Smothers, A., Wang, K., Shafique, S., Wen, S., Petitte, T., Young, S., Sokos, G., & Smith, C. E. (2024). Palliative care for patients with heart failure and family caregivers in rural Appalachia: A randomized controlled trial. *BMC Palliative Care*, *23*, 199. https://doi.org/10.1186/s12904-024-01531-2

Pohontsch, N. J., Weber, J., Stiel, S., Schade, F., Nauck, F., Timm, J., Scherer, M., & Marx, G. (2024). Experiences of patients with advanced chronic diseases and their associates with a structured palliative care nurse visit followed by an interprofessional case conference in primary care: A deductive-inductive content analysis based on qualitative interviews (KOPAL-Study). *BMC Primary Care*, *25*, 323. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02572-5

Quinn, K. L., Stukel, T. A., Campos, E., Graham, C., Kavalieratos, D., Mak, S., Steinberg, L., Tanuseputro, P., Tuna, M., & Isenberg, S. R. (2022). Regional collaborative home-based palliative care and health care outcomes among adults with heart failure. *CMAJ*, *194*(37), E1274–E1282. https://doi.org/10.1503/cmaj.220784

Roikjær, S. G., Simony, C. P., & Timm, H. U. (2020). Qualitative study to explore what patients with heart failure find significant during integrated palliative care sessions in a Danish clinic. *BMJ Open*, *10*(12), e043955. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043955

Schichtel, M., Wee, B., Perera, R., & Onakpoya, I. (2020). The effect of advance care planning on heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, *35*(3), 874–884. https://doi.org/10.1007/s11606-019-05482-w

Tobin, R. S., Samsky, M. D., Kuchibhatla, M., O'Connor, C. M., Fiuzat, M., Warraich, H. J., Anstrom, K. J., Granger, B. B., Mark, D. B., Tulsky, J. A., Rogers, J. G., Mentz, R. J., & Johnson, K. S. (2022). Race differences in quality of life following a palliative care intervention in patients with advanced heart failure: Insights from the Palliative Care in Heart Failure Trial. *Journal of Palliative Medicine*, *25*(2), 296–300. https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0220

Tokunaga-Nakawatase, Y., Ochiai, R., Sanjo, M., Tsuchihashi-Makaya, M., Miyashita, M., Ishikawa, T., & Watabe, S. (2020). Perceptions of physicians and nurses concerning advanced care planning for patients with heart failure in Japan. *Annals of Palliative Medicine*, *9*(4), 1718–1731. https://doi.org/10.21037/apm-19-685

Wells, R., Dionne-Odom, J. N., Azuero, A., Buck, H., Ejem, D. B., Burgio, K. L., Stockdill, M. L., Tucker, R., Pamboukian, S. V., Tallaj, J., Engler, S., Keebler, K., Tims, S., Durant, R., Swetz, K. M., & Bakitas, M. (2021). Examining adherence and dose effect of an early palliative care intervention for advanced heart failure patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, *62*(3), 471–481. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.136

Ze, R., Li, L., Qi, B., Chen, D., Liu, Y., Bai, L., Xu, J., & Wang, Q. (2023). The effects of palliative care on patients with different classes heart function: A pilot study. *Geriatric Nursing*, *54*, 129–134. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.09.015