UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ONCOLOGICO SOLCA LOJA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA

AUTORA:

Karla Paola Acaro Jaramillo

DIRECTOR:

Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Esp.

LOJA – ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 17 de Mayo de 2017

Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Esp.

Director de Tesis

CERTIFICO:

Que la presente tesis titulado **"CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA-LOJA"**, realizada por la Srta. Karla Paola Acaro Jaramillo, ha sido revisada y desarrollada de acuerdo a las normas metodológicas generales establecida en el Reglamento Interno de la Universidad Nacional de Loja.

Por lo tanto su presentación y sustentación respectiva ante los organismos pertinentes.

Atentamente

Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Karla Paola Acaro Jaramillo, declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulada **CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ONCOLOGICO SOLCA LOJA**, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual

Autor: Karla Paola Acaro Jaramillo

Firma: _____

Cédula: 1105906554

Fecha: 17 de Mayo del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Karla Paola Acaro Jaramillo, declaro ser la autora de la tesis titulada: **CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ONCOLOGICO SOLCA LOJA**, como requisito previa a la obtención del Título como Licenciada en Enfermería, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los diecisiete días del mes de Mayo del dos mil diecisiete, firma la autora.

Firma.....

Autora: Karla Paola Acaro Jaramillo

Cédula: 110590655

Dirección: Esteban Godoy (Cabo Héctor Chica y Galileo Galilei).

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Esp.

TRIBUNAL DE GRADO

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL: Lic. Estrellita Arciniega Gutiérrez, Mg. Sc.

MIEMBRO: Lic. Dolores Magdalena Villacís Cobos, Mg. Sc.

MIEMBRO: Lic. Judith Marlene Encalada Elizalde, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación quiero dedicarle a Dios primero, ya que ha sido el que me dado las fuerzas y la sabiduría para cada día poder desarrollar este trabajo de la mejor manera, puesto que así lo menciona en Proverbios 3, 5:6 “Confía en el Señor con todo tu corazón, no dependas de tu propio entendimiento. Busca su voluntad en todo lo que hagas y él te mostrará cual camino tomar”.

También quisiera que esta meta alcanzada pueda ser un regalo especial para mi Madre hermosa Jacqueline Jaramillo, quien fue una mujer luchadora del cáncer que batalló hasta el final, sin embargo de forma temprana partió al descanso eterno con el Padre celestial. Pero que sin duda nada de este sueño hubiera podido culminarse sin sus consejos, amor y paciencia ya que me enseñó a ser una mujer con valores, principios y sobretodo perseverancia y servicio a los demás.

A mi padre Salas Acaro, hermana gemela Jadhira Acaro y hermanito Camilo, también les brindo este triunfo ya que con su apoyo me impulsaron a no desmayar en los momentos difíciles para continuar con mis estudios.

Karla Paola Acaro Jaramillo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, a los docentes por brindarme los conocimientos necesarios para formarme como profesional, y en especial al Dr. Oscar Sarango Peláez, por su dirección para la realización de este estudio

Al Hospital Oncológico SOLCA LOJA específicamente a la Licenciada Rosa Orbe que me abrió las puertas para afianzar mi formación para la elaboración de este trabajo de investigación.

Por último agradezco a mis padres Jacqueline Jaramillo y Salas Acaro, hermanos Jadhira y Camilo Acaro, abuelitos Emiliana Vega y Jorge Jaramillo, Ulfrida Castillo y Polibio Acaro, tíos, primos y amigos que estuvieron animándome para poder terminar con mis estudios.

Karla Paola Acaro Jaramillo

ÍNDICE

CARÁTULA…….....i

CERTIFICACIÓN..... **¡Error! Marcador no definido.**i

AUTORÍA ..... **¡Error! Marcador no definido.**

CARTA DE AUTORIZACION….....…….....ii

DEDICATORIA..... vi

AGRADECIMIENTO..... vii

ÍNDICE DE CONTENIDOS..... vii

INDICE DE TABLAS x

1. TÍTULO……...1

2. RESUMEN.....2

SUMMARY 3

3. INTRODUCCIÓN.....4

4. REVISIÓN DE LITERATURA 8

4.1 ENFERMERIA.....8

4.1.1 Nivel de formación de enfermería.....9

4.1.2 Cooperación internacional de enfermería 10

4.2 CUIDADOS PALIATIVOS 11

4.2.1 Historia y Filosofía de los cuidados paliativos 12

4.2.2 Calidad de vida en cuidados paliativos 14

4.2.2.1 Problemas en la medición de la calidad de vida en pacientes con enfermedad avanzada 15

4.2.4 Modelos organizativos en cuidados paliativos.....15

4.2.5 Paciente con necesidades paliativas 16

4.2.5.1 Enfermedad avanzada oncológica.....16

4.2.3.2 Enfermedad avanzada no oncológica.....17

4.2.6 La Bioética y los cuidados paliativos al final de la vida 18

4.2.7 Roles de la enfermera en la provisión de cuidados al final de la vida 19

4.2.7.1 Aliviar el sufrimiento del paciente 19

4.2.7.2 Enfermeras como defensoras de la salud del paciente 20

4.3 CONTROL DE SINTOMAS 20

4.3.1 Principios generales en el control de síntomas 21

4.3.1.1 Abordaje integral 21

4.3.1.2 Valorar y revalorar los síntomas 22

4.3.1.2.1 Escala visual analógica (eva) 22

4.3.1.3 La comunicación como herramienta esencial en la atención al paciente y a la familia 23

4.3.1.4 Establecer un plan de actuación con objetivos realistas que se adapten a las necesidades del paciente y a su entorno socio familiar en cada momento 23

4.3.1.5 Utilización de fármacos en cuidados paliativos 24

4.3.2 Tratamiento del dolor a pacientes de cuidados paliativos 24

4.3.2.1 Clasificación del Dolor 24

4.3.2.1.1 Según la duración 24

4.3.2.1.2 Según su fisiopatología: 25

4.3.3 Escalera analgésica 25

4.3.4 Terapias coadyuvantes 28

4.3.4.1 Antidepresivos 29

4.3.4.2 Antiepilépticos: 29

4.3.4.3 Neurolépticos 29

4.3.4.4 Ansiolíticos 29

4.3.4.5 Corticoides 29

4.4 LA ESPIRITUALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD EN ETAPA TERMINAL 30

4.4.1 Las necesidades espirituales 31

4.4.2 Actuación de la enfermera en el cuidado espiritual 32

4.5 LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS 34
4.5.1 Apoyo en el duelo a familiares.....35
4.6 APOYO PSICOSOCIAL AL PACIENTE PALIATIVO.....38
4.6.1 Carácter interdisciplinario en el cuidado psicosocial.....39
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....41
5.1 EL DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO.....41
5.2 POBLACIÓN DEL UNIVERSO O MUESTRA 41
5.3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 41
5.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS 42
5.5 ÁREA DE ESTUDIO 42
5.6 PLAN Y TABULACIÓN DE ANÁLISIS 42
5.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....42
6. RESULTADOS 43
7. DISCUSIÓN.....48
8. CONCLUSIONES.....50
9. RECOMENDACIONES.....51
10. BIBLIOGRAFIA 52
11. ANEXOS 55

ÍNDICE DE TABLAS

	PAG.
TABLA 1. Criterios de enfermería en el control del dolor y manejo de síntomas	43
TABLA 2. Percepción de enfermería en el cuidado espiritual	45
TABLA 3. Nivel de conocimientos de enfermería en el cuidado familiar	46
TABLA 4. Criterios de enfermería del cuidado psicosocial	47

1. TÍTULO

CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERSONAL DE ENFEMERIA DEL HOSPITAL ONCOLOGICO SOLCA LOJA

2. RESUMEN

Los cuidados paliativos se brindan para mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares que se enfrentan a enfermedades amenazantes para la vida, a través del alivio del sufrimiento, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Se calcula que todos los años más de 20 millones de pacientes necesitan cuidados paliativos al final de la vida. El interés en cuidados de este tipo ha aumentado en los profesionales de salud, sin embargo menos del 15% han sido formados en este tema en la educación de pregrado. Los recursos y la experiencia son limitados. El presente estudio es de tipo descriptivo que tuvo como propósito determinar el nivel de conocimientos de cuidados paliativos en el personal de enfermería del Hospital Oncológico SOLCA Loja, el instrumento utilizado para la recolección de datos fue la encuesta y la población a la que se investigó fueron 62 enfermeras y auxiliares. Los resultados obtenidos indicaron igual porcentaje de conocimiento "alto" y "bajo" para el control del dolor y manejo de síntomas, el conocimiento para el cuidado espiritual es "regular" en lo que respecta a la atención individualizada según las creencias del paciente y como parte de los cuidados paliativos, los conocimientos sobre el cuidado familiar y cuidado psicosocial es "alto". Conclusión: El nivel de conocimientos de cuidados paliativos en el personal de enfermería del Hospital Oncológico SOLCA – Loja es alto relacionado al control del dolor, manejo de síntomas, cuidado familiar y psicosocial. Sin embargo es regular en el al cuidado espiritual.

Palabras Claves

Cuidados Paliativos, personal de enfermería, conocimientos.

SUMMARY

Palliative care is those that are provided to improve the quality of life for patients and families facing life threatening illnesses, through relief from suffering, treatment of pain and other physical, psychosocial and spiritual problems. It is estimated that every year more than 20 million patients need palliative care at the end of life. The interest in care of this type has increased in health professionals, however less than 15% have been trained in this subject in undergraduate education. Resources and experience are limited. The present study is a descriptive study whose purpose was to determine the level of knowledge of palliative care in the nursing staff of the SOLCA-Loja Oncology Hospital, the instrument used for data collection was the survey and the population to be investigated Were 62 nurses and auxiliaries. The results obtained indicated an equal percentage of "high" and "low" knowledge for pain control and symptom management, knowledge for spiritual care is "regular" in terms of individualized care depending on the patient's beliefs and how Part of the palliative care, Knowledge about family care and psychosocial care is "high". Conclusion: The level of knowledge of palliative care in nursing staff at SOLCA - Loja Oncology Hospital is high related to pain control, symptom management, family care and psychosocial care. However it is regular in the spiritual care.

KEY WORDS: Palliative Care, nursing staff, knowledge

3. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través del alivio del sufrimiento, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales» (OMS, 2015).

Aproximadamente una tercera parte de quienes necesitan cuidados paliativos tiene cáncer. El resto padece enfermedades degenerativas, crónicas o potencialmente mortales, como la infección por VIH y la tuberculosis farmacorresistente.

Se calcula que todos los años más de 20 millones de pacientes necesitan cuidados paliativos al final de la vida, de los cuales cerca de un 6% son niños. Los cuidados paliativos y terminales a menudo abarcan algún tipo de apoyo a los familiares del paciente, lo que significa que las necesidades de atención se multiplicarían por más de dos (OMS, 2014).

La publicación científica realizada en España "Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos" Se seleccionaron 10 enfermeras con más de 10 años de experiencia profesional en Cuidados paliativos. Se concluyó que existe la necesidad de definir las competencias enfermeras en Cuidados Paliativos; necesidad de contemplar la práctica profesional en el marco de un modelo conceptual y la aplicación del método científico enfermero; necesidad de avanzar en prácticas reflexivas basadas en evidencias científicas; Iniciar una línea de investigación en competencias enfermeras en cuidados paliativos (Codorniu et al., 2011).

En un estudio realizado en México “Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos” en el cual se refleja que el 7% obtuvo resultados aceptables en conocimientos totales, 16.7% en conocimientos sobre el dolor y 28.5% en conocimientos generales. Se concluye que existe la necesidad de capacitar al personal de salud que desconoce cómo abordar al paciente en etapa terminal o con procesos crónico degenerativos para que sepa cómo dar soporte al paciente y a su familia (Medina et., 2012).

Otra investigación Mexicana “Conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de salud ante la muerte y el trabajo emocional” resulto que de 40 profesionales entrevistados el 25% de ellos son enfermeras. El 77.5% tenían conocimientos de los objetivos del cuidado paliativo, el 72.5% no conocían la carta de derechos humanos del paciente terminal. Como conclusión los profesionales en salud que fueron evaluados requieren capacitación integral en cuidados paliativos con un enfoque bioético para la atención digna y humana del paciente terminal (Trujillo et al., 2013).

El artículo científico realizado en Colombia “Significado atribuido por las enfermeras a la educación para cuidar al paciente moribundo” participaron 23 enfermeras resultando que la educación de las enfermeras para afrontar la muerte y el cuidado al paciente moribundo y sus familiares fue incompleta e insuficiente. Se concluye que para las enfermeras el cuidado del paciente moribundo significa una obligación que deben asumir con pocas herramientas obtenidas durante la educación. (Elph, 2015).

En Ecuador se estima que solo del 5 al 10% de los pacientes que necesitan estos cuidados los reciben y más del 50 % de pacientes no pueden costear los servicios o la medicación. El interés en cuidados de este tipo ha aumentado en los profesionales de salud, sin embargo menos del 15% han sido formados en este tema en la educación de pregrado. Los recursos y la experiencia son limitados (MSP, 2015).

La tesis realizada en Loja - Ecuador por (Araujo & Alulima, 2011) sobre "Atención Integral de Enfermería a Pacientes con Enfermedades Terminales en el Centro Santa María Josefa de la Ciudad de Loja, Mayo/2010- Mayo/2011" obtuvo como resultados que la población de ancianos tiene la proporción más alta con enfermedades crónicas y discapacidades que necesitan cuidados paliativos. Además no solo patologías como cáncer necesitan cuidados paliativos, puesto que el 35.71% de los pacientes del centro Santa María Josefa presentan patologías neurodegenerativas.

De acuerdo a la problemática mencionada es ineludible la importancia del cuidado al paciente en etapa terminal ya que adquiere cada vez más importancia dentro del sistema de salud, pues el paciente merece evitar el sufrimiento en la etapa final de su vida. Es por ello que el personal de enfermería debe estar comprometido a trabajar en conjunto con el propósito de aplicar los conocimientos, habilidades y destrezas, para poder llevar a cabo eficazmente los cuidados paliativos.

En este marco se propuso realizar la presente investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos en el personal de enfermería del Hospital Oncológico SOLCA-Loja con respecto al control del dolor y manejo de síntomas, cuidado espiritual, familiar y psicosocial, y con los resultados obtenidos de la investigación aportar con información a la carrera de enfermería y a la institución hospitalaria para que se fortalezca al personal de enfermería, pues ellos

comparten mayor tiempo con el paciente y son un pilar fundamental para elevar la calidad de vida de los pacientes.

Por lo que la presente investigación destaca la importancia de los conocimientos de enfermería en los cuidados paliativos como garantía de los mismos y con ello se lograra mejorar la calidad de atención de enfermería a pacientes en etapa terminal.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 ENFERMERÍA

Se considera como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética (Martínez, 2012).

La fundadora de la enfermería fue conocida como Florence Nightingale, quien nació en 1820 en Florencia, Italia, es considerada la matriarca de la enfermería moderna, su principal objetivo fue colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actuara sobre él. De forma general para su autora el término enfermería significa el uso adecuado del aire fresco, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la adecuada selección y administración de dietas, procurando el menor gasto posible de la energía vital del paciente (Young et al., 2011).

La enfermería desde la antigüedad ha utilizado modelos de atención para entender a las personas en su ciclo de vida dentro del proceso salud-enfermedad, no solo para realizar cuidados dependientes e interdependientes, sino también cuidados independientes, en los diferentes escenarios donde se desarrolla. Por lo tanto, las enfermeras se encuentran en una posición única para ayudar a las personas a conseguir y mantener estados de salud óptimos a través del fomento, la promoción y la prevención de los problemas de salud que le aquejan (Goméz, 2015).

En la práctica de enfermería según la Dra. Watson debe existir la ejecución de un sistema sólido en valores humanísticos, puesto que debe considerarse un arte el momento en que la enfermera/ro experimenta y comprende los sentimientos del otro y a

su vez es capaz de expresarlos de manera similar a los que experimenta la otra persona. (Urra, 2011).

4.1.1 Nivel de formación de enfermería

La enfermería era realizada por gente de buena voluntad que no tenía ninguna preparación además algunas religiosas quienes ayudaban en asilos conocían del oficio y demostraban constancia y disciplina.

Algunos estudios mencionan que esta disciplina, surgió como profesión cuando enfermeras tituladas, fueron ocupando los puestos que la disminución de las congregaciones religiosas iban dejando vacíos, permitiendo que en la actualidad continua siendo significativa y decisiva en algunas instituciones al cuidado de la salud (Goméz, 2015).

Según Sorrentino et al., (2012) menciona que la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con las autoridades nacionales de salud acordaron preparar dos tipos de personal de enfermería: la enfermera graduada o titulada y la auxiliar de enfermería.

Además promocionó un cambio en la tendencia de la enfermería hospitalaria: de un enfoque administrativo anterior a uno clínico, siguiendo los progresos científicos, tecnológicos y educacionales. Surgieron cursos de especialización en enfermería materno – infantil y medico quirúrgica, en salud mental y psiquiatría (Reyes, 2015).

Cuando un enfermero ha completado un programa de estudios de enfermería de 4 años de duración y ha obtenido el título oficial de licenciada en enfermería pueden aplicar el Proceso de Atención de enfermería (PAE) en todas sus fases es decir valoran, realizan diagnósticos enfermeros, planifican, ejecutan y evalúan la atención enfermera

con planes de cuidados, determinadas tareas al equipo enfermero además evalúan el modo en que los planes de cuidados y la atención enfermera afecta a cada persona, enseñan tanto a los pacientes como a sus familias como mejorar su salud e independencia, ponen en práctica las indicaciones médicas

El personal auxiliar de enfermería está preparado mediante un programa educativo reconocido oficialmente, para trabajar en actividades del servicio de la salud bajo la dirección y supervisión de la enfermera titulada, ya que demandan de menos conocimientos científicos y habilidad técnica de enfermería (Sorrentino et al., 2012).

4.1.2 Cooperación internacional de enfermería

La cooperación internacional de enfermería ha demostrado que no sólo es un instrumento para promover la autorrealización personal sino que por su propia filosofía de cuidar y acompañar, también es capaz de estimular a sus miembros para dar lo mejor de sí mismos.

En el artículo: «Cuidados paliativos y el tratamiento del dolor en la solidaridad internacional» de 2009, sobre la creación de Paliativos Sin Fronteras (PSF), se exponen las diversas posibilidades de cooperación en este ámbito que pueden ser un importante punto de encuentro y de motivación para todos los que desean ser solidarios ante el sufrimiento y compartir conocimientos y experiencias con quienes todavía no los tienen y lo padecen. Existen otras formas de trabajo en diversas áreas que dependen de la experiencia y formación de los cooperantes:

a) Políticas de salud gubernamentales apropiadas.
b) Disponibilidad farmacológica adecuada (los medicamentos esenciales).
c) Educación de administradores, trabajadores sanitarios y del público.

d) Implementación de los servicios paliativos en todos los niveles sanitarios, incluida la atención a domicilio.

Los cuidados paliativos y tratamiento del dolor gracias a la cooperación internacional puede ofrecer a los enfermeros/ras la oportunidad de realizar diversas actividades por los países del Tercer Mundo como promover una reflexión crítica en su lugar de trabajo sobre la situación de estos pueblos; sensibilizar a otros profesionales frente a la pobreza y la desigualdad que hacen muy difícil controlar los síntomas en el final de la vida; intervenir en la formación de sus sanitarios en la prevención de enfermedades; adquisición de hábitos saludables y en el cuidado en el final de la vida, y formar parte de un grupo que trabaje por ayudarles a conseguir elementos estructurales básicos. Trabajar por los más desfavorecidos, al menos durante unas vacaciones solidarias, es una experiencia personal única que puede permitir conocer distintas comunidades para identificar las diferencias y las similitudes del cuidado y así ofrecer acciones sensitivas y competentes desde la perspectiva cultural. La enfermería en cooperación puede contribuir a mejorar la calidad de cuidado al final de la vida de los enfermos y apoyar a sus familias. Ayudar a bien morir es tan importante como ayudar a vivir (Martínez et al., 2012).

4.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.

Afrontar el sufrimiento supone ocuparse de problemas que no se limitan a los síntomas físicos. Los programas de asistencia paliativa utilizan el trabajo en equipo para brindar apoyo a los pacientes y a quienes les proporcionan cuidados. Esa labor comprende la atención de necesidades prácticas y apoyo psicológico a la hora del duelo. La asistencia paliativa ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.

Los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo.

Una amplia gama de enfermedades requieren cuidados paliativos. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, sida y diabetes. Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos (OMS, 2015).

4.2.1 Historia y Filosofía de los cuidados paliativos

Según Martínez et al., (2012) la historia del cuidar es tan antigua como la humanidad, así filosofía de los cuidados paliativos comienza con los judeocristianos de la que fluye el movimiento moderno.

Cicely Saunders, propuso grandes estrategias que se sustentan sobre sólidas columnas:

- Comunicación fluida entre enfermo, familiares y profesionales para fomentar la confianza y no llegar al aislamiento de ninguna de las partes.
- Mediante una valoración se realiza un control adecuado de síntomas
- Reconocimiento y atención de las necesidades psicológicas y espirituales que no serán nunca más ignoradas.
- La evolución que va desde un modelo reduccionista a una perspectiva del cuidado de la persona como un todo.

Toda esta revolución se dio gracias a su fundadora quien reformó sin detenerse una vez que había decidido embarcarse en la tarea de aliviar el sufrimiento, para ello contaba con características muy necesarias en cualquier enfermera, como son una legendaria determinación; una gran calidez humana y entusiasmo en su trabajo, humildad y confianza además poseía un gran sentido del humor y una insaciable curiosidad, y por último le gustaba atender cuidadosamente. Era mujer resiliente y visionaria, y dedicó el resto de su vida a la atención de los que estaban al final de la suya, y motivada, supo poner en marcha una estrategia para sustentar su idiosincrática.

El Hospicio de Christopher, fundado en 1967 en su obra pionera en este campo enlaza expertamente el control del dolor y sintomático en general, con cuidados compasivos, formación e investigación clínica.

La filosofía de esta obra, encarnada en una institución de renombre mundial, queda bellamente recogida en palabras de una enfermera irlandesa escrita en el año 1962: «Ha sido maravilloso que los que sufren gran dolor puedan ser liberados del mismo, y a la vez permanecer alerta. Que se pueda preservar la personalidad y la

dignidad hasta el final y que usted haya encontrado una auténtica respuesta al problema del deseo de quien quiere morir por miedo al dolor y al abandono.

Según (Martínez et al., 2012) menciona que la Organización Mundial de la Salud hasta 1980 no incorpora oficialmente el concepto de cuidados paliativos y promueve el programa de cuidados paliativos como parte del programa de control de cáncer. En 2002 la OMS define a los cuidados paliativos como cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapias curativas.

4.2.2 Calidad de vida en cuidados paliativos

La OMS define a la calidad de vida como la «percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones». El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares.

Con frecuencia se equipara calidad de vida con control de síntomas físicos, pero rara vez se analizan sentimientos de aislamiento, culpa, vergüenza, realización personal, sentimientos de apoyo y afecto. Resulta obvio que se trata de áreas más difíciles de evaluar, pero de gran importancia. La necesidad de incorporar las valoraciones y preferencias del paciente distingue claramente la calidad de vida de otras mediciones de salud. La European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) tiene un grupo de trabajo para el estudio en calidad de vida, uno de cuyos objetivos es el desarrollo de cuestionarios para su evaluación y análisis en ensayos clínicos internacionales. En cuidados paliativos puede ser de interés utilizar instrumentos genéricos de calidad de vida, adaptados al español como el perfil de calidad de vida en enfermos crónicos, el perfil de salud de Nottingham y cuestionarios COOP-WONCA,

sin embargo el autoinforme es el procedimiento más empleado en la atención paliativa (Martínez et al., 2012).

4.2.2.1 Problemas en la medición de la calidad de vida en pacientes con enfermedad avanzada

Para evaluar la percepción de amenaza es difícil disponer de instrumentos adecuados que permitan acompañar al padecimiento de una enfermedad avanzada y en su fase terminal, por lo que es de suma importancia su reconocimiento en nuestros pacientes, pues si bien el control del dolor se encuentra, en gran medida, en nuestras manos, no ocurre lo mismo cuando hablamos de controlar el sufrimiento (Martínez et al., 2012).

4.2.4 Modelos organizativos en cuidados paliativos

L**os** modelos organizativos en cuidados paliativos tienen un plan de diseño y desarrollo para la accesibilidad de cuidados paliativos de calidad.

La mayoría de programas definen dos niveles de cuidados paliativos;

- Primero es el nivel básico, general o enfoque paliativo, que se refiere a los cuidados que deben proporcionarse a los pacientes que lo precisen, tanto en atención primaria como en hospitalización.
- El segundo, el nivel avanzado, específico o especializado, se encuentra diversos tipos de intervenciones de los equipos de cuidados paliativos ante situaciones complejas.

La complejidad viene derivada de las características del paciente o de la familia, del cuadro clínico y/o de los procedimientos terapéuticos necesarios, e incluso de una atención estándar inadecuada.

Los equipos específicos de cuidados paliativos son interdisciplinarios, identificables y accesibles, integrados por profesionales con la adecuada formación, experiencia y dedicación para responder a situaciones complejas. Realizan funciones docentes e investigadoras en distintos grados y su composición depende de las características demográficas, geográficas, y del nivel de necesidad de las diferentes áreas sanitarias. Habitualmente están compuestos por médicos y enfermeras, con la necesaria participación de psicólogos y trabajadores sociales, y la colaboración de otros profesionales (Martínez et al., 2012).

4.2.5 Paciente con necesidades paliativas

El paciente con necesidades paliativas presenta una enfermedad en situación avanzada y terminal. Esa situación viene caracterizada por la presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, y que condicionan una elevada necesidad y demanda de atención. Esta demanda es atendida de forma competente y con objetivos terapéuticos de mejora del confort y de la calidad de vida, definidos éstos por el propio enfermo y su familia, con respecto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

Cuando se ha detectado una enfermedad avanzada se debe proporcionar de los cuidados paliativos. Los conceptos de enfermedad avanzada y «terminalidad», así como la familiaridad con las trayectorias típicas de las enfermedades oncológicas y no oncológicas son importantes factores que deben tenerse en cuenta.

4.2.5.1 Enfermedad avanzada oncológica

Según Martínez et al., (2012) existen algunos parámetros que caracterizan y definen esta fase avanzada tales como:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con diagnóstico histológico demostrado, tras haber recibido terapia estándar eficaz.
2. Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo, específico para la patología de base.
3. Presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium.
4. Los parámetros analíticos demostrativos de una mayor relación con una mortalidad precoz son: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.
5. Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con el proceso de morir.
6. Deterioro cognitivo.
7. Pronóstico vital limitado según criterio del especialista correspondiente.
8. Percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida.

4.2.3.2 Enfermedad avanzada no oncológica

Los pacientes no oncológicos tienden a ser derivados más tarde y presentan más dificultades para su inclusión en programas de cuidados paliativos. Hay experiencias en servicios de cuidados paliativos en las que se han establecido nexos de trabajo conjunto con otros participando de forma regular en sus sesiones clínicas o también el desarrollo de consultas de cuidados paliativos (principalmente a cargo de una enfermera especialista en cuidados paliativos) con oncología y cardiología (Martínez et al., 2012).

4.2.6 La Bioética y los cuidados paliativos al final de la vida

Moralmente la práctica de los cuidados enfermeros al final de la vida consiste en ser apoyo, tanto para el paciente como para su entorno próximo, mejorando la calidad de vida para los pacientes, y esto pasa por dos elementos de virtud:

- La comprensión, reconocer a los pacientes como seres humanos, con un proyecto personal, a quienes les debemos reconocimiento como sujetos de cuidado, eliminando los elementos de objeto de cuidado de la etapa tecnológica y de ayudantes de otros profesionales imperativa de décadas anteriores.
- La compasión, reconocer en el otro su padecimiento, más allá de la empatía, llegar a entrar en su piel.

Logrando entenderle, lo que producirá la práctica del cuidado excelente y humano que se realiza a través de una concepción integral de los cuidados, diseñados en un plan a partir de las necesidades individuales, donde los valores personales, culturales y religiosos y las creencias de cada una de las personas a las que cuidamos están presentes como punto de acción, en el diseño del mismo y acordados en su trayectoria de desarrollo con el paciente. Los profesionales de enfermería tienen, por tanto, que estar preparados para proporcionar acciones de cuidado que se reflejan en el cómo asistir, entender, suplir, supervisar, acompañar y ayudar a cualquier ser humano en los difíciles momentos en los que se convierte en un paciente que necesita de cuidados paliativos y todo el proceso que sigue hasta la muerte.

El término «cuidar», en el diccionario de la Real Academia Española de la lengua (RAE), alude a acciones que indican «esmero, poner atención, asistir, prestar ayuda, guardar, conservar, custodiar, discurrir o pensar, en la solicitud y ejecución de una cosa». Pero también cuidar significa reconocer al otro, sentir compasión,

reconocerle en su dignidad, y desde ese reconocimiento, ser capaz de hacer por el otro lo que uno haría por sí mismo si le fuese posible; de ahí la importancia de mantener la presencia y el acompañamiento en el final de la vida.

Una enfermera tiene el deber ético de cuidar por encima de que sea su trabajo como miembro de un equipo de profesionales sanitarios, porque se adquiere un compromiso con el otro de hacer por él cuando él no pueda, y esto le obliga como garante en la gestión de los valores del paciente cuidado ante las acciones que los equipos que le proponen; se convierte en la voz del paciente en el equipo. Así Tschudin menciona que el cuidar es más que la simple bondad, es un preocuparse por el otro, es un introducirse en su condición de ser humano y añade que la compasión es algo que solo conocemos por la experiencia. El cuidar puede ser profesional pero la compasión ha de ser experimentada. El cuidar puede ser aprendido, pero la compasión surge después de ser herido y mostrar compasión. No mostramos una actitud compasiva por obligación sino por solidaridad. Para Mayeroff, cuidar consiste en ayudar al otro a crecer; significa animarle y asistirle para que sea cuidado. Buber también consideró que el cuidar era una relación dialógica entre un «yo» y un «tú», y que la relación constituía el fundamento de la humanidad (Martínez et al., 2012).

4.2.7 Roles de la enfermera en la provisión de cuidados al final de la vida

4.2.7.1 Aliviar el sufrimiento del paciente

El sufrimiento es un estado de malestar grave que experimenta la persona cuando algún aspecto crucial de ellos, su ser, o su existencia se ve amenazada. Durante mucho tiempo se asimilaba el sufrimiento con el dolor. Kahn y Steeves sugieren que, aun cuando el sufrimiento puede estar relacionado con el dolor, la percepción del cual casi siempre está fundamentada en alguna causa física, el sufrimiento se deriva más de

la valoración del individuo del significado del dolor experimentado, no del estado de dolor físico por sí mismo. El sufrimiento mostrado puede derivar de otros aspectos de la persona, incluyendo aspectos cognitivos, emocionales, espirituales, sociales y culturales, de la identidad de la persona, no sólo su aspecto físico.

4.2.7.2 Enfermeras como defensoras de la salud del paciente

El ser defensor de un paciente da a la enfermera una función en cierto modo de confrontamiento en el cuidado de la salud. En la cabecera de la cama, la enfermera defiende al paciente y se asegura de que esté protegido de daños, de eventos adversos prevenibles. Si alguien involucrado con el cuidado del paciente actúa de manera insegura, poco ética o incompetente, se espera que reporte esto o intervenga con una acción adecuada para salvaguardar a los individuos, familias y comunidades cuando su salud esté en peligro por colaboradores u otras personas.

4.3 CONTROL DE SÍNTOMAS

Martínez et al., (2012) menciona que el control de síntomas consiste en promover el reajuste del paciente y su familia a una nueva realidad para lograr la mayor adaptación posible a la situación de final de vida. El abordaje paliativo plantea como pautas para conseguir ese reajuste: buen control de los síntomas, apoyo emocional y comunicación, apoyo psicosocial, trabajo en equipo interdisciplinario; dentro del cual, es importante que la valoración sea multidisciplinaria y multiprofesional. Profundizando en la valoración de síntomas, es de gran utilidad conocer aspectos objetivos de los mismos, tales como: la frecuencia, severidad, interferencias con la vida diaria, alteración de la autonomía, distrés psicológico que provoca, etc. Preguntas dirigidas sobre lo que más le preocupa o molesta al paciente pueden favorecer una mejor valoración del conjunto de síntomas; por último, es importante también señalar que la

intensidad y repercusión de los síntomas puede diferir entre los pacientes, familiares y profesionales que los atienden.

Los casos que se han presentado de prevalencia de síntomas en pacientes en fase avanzada y fase final de la vida presentan problemas que dificultan su comparabilidad: variabilidad en la definición de síntomas, estadio de la enfermedad, uso de diversas definiciones y escalas (algunas no validadas), tipo de enfermedad oncológica o no oncológica, profesional que recoge la información, ámbito de atención, etc.

Estudios de la prevalencia de síntomas en pacientes oncológicos y no oncológicos que ponen de manifiesto los síntomas más frecuentes, apareciendo el dolor y los síntomas neuropsiquiátricos como los más prevalentes. El paciente en fase avanzada presenta un promedio de 8-10 síntomas, con alto impacto emocional, social y espiritual que condiciona una elevada necesidad y demanda de atención, son cambiantes en el tiempo debido a la progresión de la enfermedad, a los efectos derivados de los tratamientos utilizados, y a experiencias personales de los pacientes y sus cuidadores; de ahí la necesidad de la evaluación y revaluación del paciente y de su entorno para mejorar el confort y su calidad de vida basándonos en su sistema de creencias y valores.

4.3.1 Principios generales en el control de síntomas

Según Martínez et al., (2012) a partir de estas premisas, destacamos los siguientes principios generales en el control de síntomas en pacientes con enfermedad avanzada:

4.3.1.1 Abordaje integral

El paciente que presenta una enfermedad avanzada presenta múltiples síntomas que se hacen cada vez más intensos, generando más distrés. Por ello evaluación

exhaustiva del número y magnitud de los síntomas, así como el grado de impacto en la calidad de vida, facilitarán la priorización de las intervenciones dirigidas a los síntomas que más preocupan y al abordaje integral de todas las necesidades. Por otro lado, favorecerán un tratamiento individualizado con el objetivo de no someter al paciente a exámenes inútiles, agresivos e inoportunos, y sí a atender a los pequeños detalles, a veces ignorados y poco definidos que pueden llegar a mermar el confort y la calidad de vida.

4.3.1.2 Valorar y revalorar los síntomas

Nos permite registrar y monitorizar las respuestas en los distintos planes de actuación establecidos. El término valorar significa mucho más que cuantificar un síntoma, es más bien ayudar al paciente a verbalizar lo que le está sucediendo. Múltiples factores pueden cambiar rápidamente la situación clínica. El síntoma que más frecuentemente se ha evaluado es el dolor; numerosos estudios hacen referencia a la utilización de escalas acerca de su intensidad e impacto; el uso de escalas validadas es una estrategia útil para estandarizar la valoración de síntomas y monitorizar la respuesta de forma objetiva. Entre ellas la más usada es la escala visual analógica

4.3.1.2.1 Escala visual analógica (EVA)

Según Díaz, (2010) en esta escala la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm, siendo uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”, siendo la distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes.

Para algunos autores esta herramienta es válida y tiene ventajas más que otras además es fácil de comprender, correlaciona bien con la escala numérica verbal. Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de ±2mm. Por otro lado tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado.

Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. En algunos estudios definen la presencia de Dolor cuando la EVA es mayor a 3.

4.3.1.3 La comunicación como herramienta esencial en la atención al paciente y a la familia

Cuando el paciente pierde su independencia y el control sobre sí mismo, causan en él sentimientos de desesperanza y de pérdida de autoestima, por lo que es necesario evitar falsas esperanzas y adecuar las expectativas del paciente y de la familia a la realidad, transmitir nuestro interés de acompañamiento y la finalidad de mejorar su calidad de vida en todo momento evitará el sentimiento de abandono y dará apoyo y seguridad.

4.3.1.4 Establecer un plan de actuación con objetivos realistas que se adapten a las necesidades del paciente y a su entorno socio familiar en cada momento

La elaboración de un plan es importante tanto para el paciente como para sus familiares, puesto que es una herramienta elemental para mejorar el cumplimiento,

además es aconsejable el uso de intervenciones no farmacológicas, ya que sí están indicadas en la solución del problema, efectivas en muchas ocasiones, con escasos efectos secundarios y que pueden ser realizadas por los propios familiares.

4.3.1.5 Utilización de fármacos en cuidados paliativos

La población con necesidades paliativas, casi siempre polimedicada, tiene un alto riesgo de presentar interacciones y efectos secundarios. El reto de los profesionales y cuidadores junto con el paciente debe ir dirigido a:

1. Favorecer la autonomía, utilizando siempre que sea posible la vía oral. Si ésta no es posible la alternativa es la vía subcutánea.
2. Minimizar los efectos secundarios mediante la individualización y titulación de las dosis de fármacos.
3. Asegurar el cumplimiento dando instrucciones por escrito acerca de las dosis, intervalos de administración, etc.

4.3.2 Tratamiento del dolor a pacientes de cuidados paliativos

Los pacientes que reciben cuidados paliativos presentan dolor que representa algo más que una sensación nociceptiva e incluye aspectos que tienen que ver con la condición humana, como la personalidad, la afectividad y las emociones, y las relaciones psicosociales (Díaz, 2010).

4.3.2.1 Clasificación del Dolor

4.3.2.1.1 Según la duración

- **Agudo:** producido por estímulos nociceptivos somáticos o viscerales de inicio brusco y corta duración.

- **Crónico:** dolor que persiste, sea cual sea su intensidad, más de un mes.
- **Irruptivo:** dolor de intensidad moderada o intensa que aparece sobre un dolor crónico puede ser de inicio inesperado o previsible.

4.3.1.2.2 Según su fisiopatología:

- **Dolor somático:** se produce por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales. Por ejemplo, el dolor óseo metastático.
- **Dolor visceral:** causado por infiltración, distensión o compresión de órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal.
- **Dolor neuropático:** causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral, como consecuencia de la quimioterapia o por infecciones en un paciente debilitado (herpes zóster, etc.).
- **Mixto:** coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente.

4.3.3 Escalera analgésica

a. **Primer escalón:** corresponde a los analgésicos no opioides (paracetamol y AINE). Indicados en el control del dolor oncológico leve-moderado sin componente inflamatorio importante. Tienen techo analgésico; esto implica que, una vez alcanzada la dosis máxima recomendada, incrementos sucesivos de la dosis no producen mayor analgesia y sí aumentan la toxicidad. No deben utilizarse dos AINE simultáneamente. No se consigue mayor eficacia analgésica y, sin embargo, la probabilidad de producir efectos secundarios es mayor. La elección de un AINE

en lugar de otro debería basarse en la comodidad de su posología, menor efecto gastrolesivo y su coste.

b. **Segundo escalón:** corresponde a los opioides débiles que actúan uniéndose a los receptores opioides específicos del SNC: codeína y tramadol. El uso de la codeína es controvertido. Ejerce su efecto analgésico al unirse a los receptores MU, aunque lo hace con baja afinidad. El fármaco de elección en este escalón es el tramadol. Indicado en dolor moderado, que no cede a los AINE asociándolos a éstos y a coadyuvantes.

c. **Tercer escalón:** está constituido por los opioides potentes. El fármaco de elección es la morfina, considerada la primera opción para tratar el dolor moderado a severo por cáncer que no cede a AINE y opioides débiles. La vía de administración de elección (por eficacia y comodidad) es la oral, siendo la transdérmica, rectal y subcutánea las alternativas en pacientes que no tienen disponible esta vía. La vía intravenosa o epidural quedarían para casos especiales. Los efectos secundarios de todos los opiáceos son similares cuando se utilizan a dosis equivalentes. Estos, dependen de la sensibilidad individual, la dosis, la vía utilizada, la tolerancia que se haya desarrollado y las interacciones con otros medicamentos. Los más importantes son: náuseas y vómitos; somnolencia, confusión e irritabilidad; sedación y alteración de las funciones cognitivas; estreñimiento; sudoración; mioclonias; íleo paralítico y retención urinaria.

   No hay un efecto techo en la dosificación de la morfina. Cada vez que aumenta el dolor, se debe incrementar la dosis del fármaco, con su correspondiente alivio. La adicción se produce rara vez en los pacientes neoplásicos tratados con este fármaco. Un clínico experimentado, el doctor Roy W. Scott, hace años decía: "Estos pacientes serán ángeles antes de convertirse en adictos". Si las dosis

crecientes no logran respuesta conviene: Evaluar la causa y mecanismo del dolor; Considerar si es un dolor parcialmente resistente a opioides: Considerar la asociación de coadyuvantes, el empleo de otras vías o la rotación de opioides.

Inicio de tratamiento

La vía subcutánea se utiliza cuando no es posible usar la vía oral y en las agudizaciones del dolor oncológico. Dosis inicial: 5 mg cada 4-6 horas. Agudizaciones del dolor oncológico: en este caso se administrarán dosis extras de 5 ó 10 mg, manteniendo las dosis y pauta previas. Incremento de dosis: si continúa con dolor, se aumenta la dosis total diaria en un 50 %. Los incrementos podrán realizarse cada 24 horas, si el dolor no está controlado.

Vías de administración: el intervalo de horas dependerá de la vía en la que se administre el fármaco, vía oral y parenteral intervalo de 4 a 12 horas y la vía subcutánea e intramuscular se administran cada 4 horas. Si se hace en infusión continua, se consigue mayor efectividad analgésica y menos efectos (Laborí et al., 2015).

d. **Cuarto escalón:** Lo constituyen las técnicas especiales de neuromodulación. A este grupo pertenecen las llamadas bombas de infusión, que consisten en la administración de analgésicos de forma continua por vía inyectada. Cuando aumenta el dolor, se puede aumentar la dosis administrada y, en algunos casos, es el propio paciente quien decide cuando hacerlo. Son las llamadas bombas PCA (analgesia controlada por el paciente). Pertenece también el bloqueo nervioso, en el que se inyecta un anestésico directamente en el nervio o alrededor de la médula espinal. Este proceso debe repetirse cada cierto tiempo, ya que el bloqueo es pasajero. Su realización y seguimiento debe ser llevada a cabo por un especialista

en el tratamiento del dolor crónico. Los dos más comunes. Infusión espinal de opioides: Es la interrupción selectiva de los impulsos nociceptivos, antes de su entrada en el sistema nervioso central, mediante la aplicación directa de sustancias opioides en los espacios subaracnoideo o epidural. La infusión continua de opiáceos tiene su principal indicación en el tratamiento del dolor somático por exceso de nocicepción. Estimulación medular de cordones posteriores: sus principales indicaciones son el tratamiento del dolor isquémico y del dolor neuropático (Regueira et al., 2015).

Tratamiento Analgésico en Horario Fijo.

Cada medicamento tiene distintas características de absorción en el estómago o el intestino. Es decir, se absorbe mejor en un ambiente más o menos ácido. Dependiendo de las características del fármaco por lo que es importante administrar los analgésicos en una hora determinada (Rodríguez et al., 2006).

4.3.4 Terapias coadyuvantes

Las terapias coadyuvantes se brindan mediante fármacos que son usados para aumentar la eficacia analgesia de los opioides, para prevenir o tratar los síntomas concomitantes que exacerban el dolor y proporcionar analgesia independiente para tipos específicos de dolor. Pueden ser usados en todos los pasos de la escalera analgésica.

Son muchos los fármacos coadyuvantes que se pueden emplear en este tratamiento, que pertenecen a diferentes grupos farmacéuticos. También se entienden como coadyuvantes a un grupo mayor de fármacos, que se administran junto con los analgésicos para tratar sus efectos secundarios o para atender otros síntomas asociados con el dolor (Regueira et al., 2015).

4.3.4.1 Antidepresivos

Utilizados en el tratamiento del dolor y en el tratamiento de la depresión. En cuanto a los efectos secundarios destacan: boca seca, estreñimiento, somnolencia, retención urinaria, congestión nasal, visión borrosa, íleo paralítico, glaucoma, desorientación, delirios, alucinaciones, palpitaciones y taquicardia, aumento de peso, sudoración de abstinencia, ansiedad, palpitaciones, irritabilidad, trastornos del sueño.

4.3.4.2 Antiepilépticos:

Se emplean en el tratamiento del dolor neuropático, sobre todo para los dolores lancinantes (tipo calambrazo).Entre estos se encuentran la gabapentina y pregabalina. Los efectos adversos más frecuentes se producen por su acción a nivel del SNC.

4.3.4.3 Neurolépticos

Se utilizan en el tratamiento de psicosis esquizofrénicas como: Levomepromazina, los efectos secundarios son reacciones extrapiramidales, distonías, sedación, hipotensión, aumento en la secreción de prolactina, neuroléptico maligno.

4.3.4.4 Ansiolíticos

Indicado en el tratamiento de la ansiedad y la agitación, no tiene acción analgésica directa. Como clonacepam, producen ansiolisis, sedación y amnesia.

4.3.4.5 Corticoides

Acción antiinflamatoria y antiedematosa alivian el dolor al disminuir la compresión sobre estructuras nerviosas. Los efectos secundarios son miopatía, hipertensión arterial, osteoporosis, menor tolerancia a la glucosa, hiperglucemias, transtornos de la función sexual, estrías, petequias, acné, hirsutismo, retención de sodio, hipopotasemia hipocalcemia (Azkue, 2010).

4.4 LA ESPIRITUALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD EN ETAPA TERMINAL

A lo largo de su vida profesional las enfermeras van a encontrar básicamente, tres arquetipos de personas:

- Personas que para nada valoran lo espiritual.
- Personas que valoran la espiritualidad y la expresan a través de una religión.
- Personas que valoran en gran medida la espiritualidad, pero que no la expresan a través de un credo religioso.

Según Kathleen Dowling Singh, en pacientes con enfermedad terminal el despertar espiritual sucede en diferentes fases. Primero se transita por una fase de Caos, que coincide con las etapas de negación, ira, negociación y depresión descritas por Kübler-Ross en su famoso libro "Sobre la muerte y los moribundos". La segunda fase se denomina de Rendición y en ella el paciente va trabajando asuntos pendientes, va aflojando resistencias, renuncia a mantener el control y toma conciencia de la realidad que antes negaba. La última fase es la de Trascendencia y se caracteriza por un periodo de paz, serenidad, incluso alegría de espíritu, el paciente intuye, sabe y conoce; algunos incluso manifiestan que en esta fase reciben "la visita" de seres queridos o significativos ya fallecidos (un familiar, Jesús, algún santo o miembro de su comunidad).

En este sentido, cuando un paciente plantea, de algún modo, que necesita hablar de estos temas, jamás se debe eludir la cuestión, pues los pacientes con enfermedades en etapa terminal necesitan y demandan atención aquí y ahora; si se rechaza la cuestión en ese momento, después ya es tarde y se pierde la posibilidad que se nos ofrece. Ahora bien, si el profesional no es capaz de afrontar el reto, si percibe que la situación le supera, deberá ofertar la actuación de otro miembro del equipo mejor preparado en estos

campos o, dado el caso, de un sacerdote, pastor o algún miembro significativo de su comunidad (Pérez, 2016).

4.4.1 Las necesidades espirituales

1. Ser reconocido como persona.
2. Releer su vida.
3. Encontrar sentido a la existencia y el devenir: búsqueda de sentido.
4. Liberarse de la culpabilidad.
5. Reconciliación.
6. Establecer su vida más allá de sí mismo.
7. Continuidad.
8. Auténtica esperanza, no ilusiones falsas.
9. Expresar sentimientos
10. Amar y ser amado.
11. Necesidad de soledad, silencio, de privacidad.
12. Necesidad de arraigo y anclaje.
13. Necesidad de cumplir con sus deberes.
14. Necesidad de gratitud.
15. Necesidad de estar con la familia, amigos y/o personas significativas.
16. Necesidad de proyectar su vida más allá del final de la vida.
17. Necesidades estéticas.
18. Necesidad de libertad, de liberarse.
19. Necesidad de mantener la integridad física y espiritual.
20. Necesidad de estar en paz con Dios, con la naturaleza y con su conciencia.

21. Necesidad de prácticas religiosas, de orar, de hablar con su orientador espiritual, revisar sus creencias y respeto hacia ellas.
22. Necesidad de la verdad.

4.4.2 Actuación de la enfermera en el cuidado espiritual

Todos los profesionales sanitarios participan en el curar, sin embargo la esencia de los Cuidados Paliativos es el cuidar; por ello, en este campo deben atesorar unos conocimientos suficientes para "conocer y hacer", y prestar unos cuidados excelentes y holísticos. Se trata de alcanzar la máxima perfección en el cuidado. Ello nos lleva a que la enfermera tiene la obligatoriedad de no olvidar la dimensión espiritual de la persona. Sin embargo, la falta de una definición unificada del concepto espiritualidad y de un modelo de actuación adecuado que permita proceder al margen de los propios valores y creencias supone un obstáculo a la investigación y al desarrollo de intervenciones de cuidados. Pero esto no debe llevar a la inacción, tengamos en cuenta que cualquier inicio de evaluación espiritual es en sí misma terapéutica, pues los pacientes con enfermedades en etapa terminal la viven como una preocupación e interés por parte del profesional.

Son muchas las herramientas con las que cuentan los sanitarios para iniciar una valoración espiritual (Cuestionario FICA, HOPE, SPIRIT, Modelo de Kristeller et al, escala de bienestar espiritual FACIT-Sp-12, Escala de afrontamiento religioso Brief-RCope, Escala de valoración del sufrimiento espiritual de Ortega, Escala de Perspectiva Espiritual de Reed, Cuestionario GES, Meaning in life scale, ...), pero realmente, la mayoría de ellas, están diseñadas para la investigación, carecen de carácter clínico o son meras traducciones no validadas del inglés. Además, los pacientes, en estos momentos

críticos, prefieren contar historias y hablar abiertamente y en profundidad con el profesional, más que contestar cuestionarios de respuestas cerradas.

Al recibir al paciente, al acogerlo a su cuidado, las enfermeras deberán hacerlo con hospitalidad, presencia y compasión; dando esperanza, pero no falsa esperanza, se trata de hacerle ver que siempre estarán dispuestas a actuar, a hacer algo, que esté seguro que no se hallará sólo, ni aún en los peores momentos. En los sucesivos encuentros es responsabilidad de los profesionales de enfermería estar abiertos a utilizar herramientas en comunicación que faciliten el encuentro empático, tener una actitud de escucha activa y realizar preguntas abiertas, con autenticidad y congruencia. Ello se podría realizar en un contexto de dinámica comunicativa que vendría facilitada por la terapia de counselling. Esta técnica es en realidad una relación de ayuda en la toma de decisiones y en la búsqueda de nuevas opciones, en la que el profesional intenta estimular y capacitar al paciente para que ponga en marcha sus propios recursos, de tal manera que se vean cubiertas sus necesidades espirituales, aumente su calidad de vida y su capacidad de afrontamiento ante la muerte. Como ha quedado expuesto anteriormente, la mera comunicación ya, en sí misma, es terapéutica. El modelo de relación que propone la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) es el desarrollado por Henry Nowen conocido como "Sanador herido". En este, profesional y paciente se encuentran en condiciones de simetría, el cuidador conoce sus herramientas, pero también sus heridas y fragilidad; reconoce los recursos del acompañado, mas no niega sus dificultades. Se trata de una relación desde el encuentro en igualdad y desde el máximo respeto.

Pero, realmente ¿qué es lo que impide que las enfermeras atiendan las necesidades espirituales de estos pacientes? Son varias las respuestas a esta cuestión. En primer

lugar, porque no tienen conciencia de su propia espiritualidad, por el apogeo del paradigma científico positivista, y porque deberían ser capaces de situarse ante su propio abismo para tomar conciencia de la situación del paciente, al menos intentarlo, no huir ante las cuestiones planteadas. En segundo lugar, por la falta de conocimientos y competencias en estos aspectos, pues no realizan el ejercicio de vivenciar su propia espiritualidad. Por la creencia que la espiritualidad es algo privado y en la que no se debe indagar. Por la falta de tiempo en la labor cotidiana, aun cuando la auténtica comunicación es un instrumento más del cuidado holístico. Por el recelo de no ser capaces de luchar con las cuestiones que nos plantee el paciente. Pero, sobre todo, por miedo a profundizar en lo intangible.

Si el profesional se atreve, y ya se ha señalado que el cuidado es responsabilidad de las enfermeras, existen herramientas y se debe procurar estar formadas en estas cuestiones. Entablar el primer contacto e indagar en las necesidades espirituales de los pacientes puede ser complejo, pero se debe intentar. Luego, para saber si las actuaciones emprendidas son correctas y van en el sentido de la resolución de los problemas detectados se deberán utilizar las etiquetas diagnósticas. Para ello las enfermeras cuentan con las taxonomías NANDA-NOC-NIC (Pérez, 2016).

4.5 LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La provisión de cuidados integrales a los pacientes en la fase terminal de su enfermedad adquiere cada día mayor importancia. El acercamiento a una muerte tranquila, sin tratamientos innecesarios, que prolongan la agonía más que la vida misma, en un clima de confianza, comunicación e intimidad, donde la familia ocupa un lugar relevante cerca del paciente, procurándose apoyo mutuo y donde la meta de la atención sea la preservación de la calidad de vida y el confort en los enfermos y familiares,

mediante el control adecuado de los síntomas, la satisfacción de sus necesidades y el apoyo emocional necesario, constituye la esencia de los cuidados paliativos.

El cuidar en la familia implica "un fuerte componente afectivo (se ama a las personas para las cuales se realiza este trabajo) que además está impregnado también de un elevado contenido moral, ya que se lleva a cabo en el marco de un conjunto de obligaciones y deberes derivados de los lazos del parentesco."

La presencia de un enfermo crónico en el hogar provoca en la familia una reasignación de roles y tareas entre sus diversos miembros, para tratar de cubrir o compensar sus funciones, en especial si el paciente es uno de los cónyuges. Muy pronto se hace necesaria la figura del cuidador y la familia o allegados deberán reunirse para decidir si se le va a poder atender en casa y la asistencia que va a precisar.

Los cuidados paliativos en el hogar tienen ventajas para el enfermo con cáncer avanzado, para la familia y para el sistema de salud. Para el enfermo, se expresan en el hecho de que no están sometidos a horarios ni régimen institucional y a que conservan su intimidad en un medio conocido. La familia planifica y organiza mejor los cuidados, favorece una participación activa y directa en la atención al paciente y tiene menos gastos. Los cuidados paliativos en el hogar le ofrecen ventajas al sistema de salud, ya que con la aplicación de este tipo de modalidad existe una mejor utilización de los recursos y cobertura asistencial, proporciona ahorro y una mejoría en la percepción de la asistencia médica por parte de enfermos y familiares (Laborí, 2015).

4.5.1 Apoyo en el duelo a familiares

Nunca el hombre ha dejado de reflexionar sobre la muerte, origen, causas, significado y consecuencias, porque la muerte es, sin duda, un tema humano, es quizás,

el rasgo más cultural del ser humano. Desde que éste entierra a sus muertos puede decirse que se distingue del resto de las especies; introduce la racionalidad en el proceso físico de la naturaleza, siendo consciente de que es un ser distinto dentro de la escala zoológica. El animal crece, envejece y tras esto muere. El hombre también, pero con unas diferencias: El hombre es el único animal que sabe que envejece. El hombre es el único animal que sabe que va a morir. El hombre es el único animal al que le duele la vejez y le teme a la muerte. El estudio sistemático de cremaciones y tumbas ha permitido hacer aproximaciones sobre la morbilidad, mortalidad y esperanza de vida de estos pueblos.

La muerte es vista de diferentes perspectivas por cada pueblo, cultura o civilización, y en paralelo a ella se desenvuelve un sistema en el que integra todos sus contenidos significativos: valores, creencias, ritos o costumbres. El antropólogo francés Thomas, en el año 1975, estudió las características de la muerte en la sociedad occidental en relación a la cultura negro-africana y puso de manifiesto importantes diferencias. La muerte genera en la sociedad una gran variedad de actitudes. Hay sociedades que intentan tapar y difuminar mediante eufemismos y estereotipos la realidad de la muerte, y otras, como es el caso de los torajas en Sulawesi (antes llamadas Islas Célebes) en Indonesia, que se podría decir que viven para ella. Su cultura destaca por los largos procesos funerarios y enterramientos en cortados, donde colocan en plataformas como si se tratase de balcones, las efigies de los difuntos denominadas Tau-Tau. Podríamos diferenciar situaciones históricas: en un extremo podríamos hablar de la sociedad actual occidental en la que predomina el triunfalismo, la competitividad, y el vivir el aquí y el ahora sin pensar en la segura muerte, en el otro extremo pondríamos a la sociedad egipcia, como un pueblo que organizaba su vida en función de la muerte (Martínez et al., 2012).

El duelo es la reacción normal después de la muerte de un ser querido supone un proceso más o menos largo y doloroso de adaptación a la nueva situación. Las personas que están de duelo atraviesan distintas fases, descritas por la psiquiatra y escritora Elisabeth Kübler-Ross, que han sido asumidas con pequeñas variaciones por muchos autores. Estas fases son: 1) Negación y aislamiento ante el conocimiento del diagnóstico, evolución y pronóstico de la enfermedad; 2) Ira y agresividad hacia los que le rodean; 3) Negociación o pacto para prolongar la vida; 4) Depresión, comprensión de que no hay nada que hacer; 5) Aceptación de la muerte. Las reacciones en el duelo son muchas y muy variadas, aunque de forma general se pueden clasificar en: físicas (insomnio, anorexia, náuseas, vómitos); emotivas (sentimiento de culpa, temor, rechazo); mentales (pensamientos autodestructivos, autorreproches); negativas (comportamientos de negación de la pérdida, incapacidad para sustituir esa pérdida, incapacidad para concentrarse en otro estímulo diferente a la pérdida); y, depresivas (tristeza, llanto, aislamiento), entre otras.

Los profesionales sanitarios, concretamente enfermería, por su atención directa y continua a los enfermos y sus familiares, poseen un papel primordial en la atención y preparación al duelo. Entre sus funciones se encuentran valorar las necesidades de los dolientes, las reacciones y comportamientos que tienen lugar ante la pérdida de un ser querido, aclarar dudas acerca del proceso, explicar las etapas del duelo, así como ofrecer algunas recomendaciones facilitadoras y adaptativas para aceptar la nueva situación. Proporcionar los cuidados necesarios al enfermo para evitar el dolor y proporcionar confort y bienestar en esta etapa de su vida, ofrece tranquilidad a los familiares.

Después del fallecimiento el personal de enfermería debe aclarar dudas respecto a la muerte del familiar, si la atención fue correcta; Hablar sobre las circunstancias en que se produjo la muerte; Preguntar si asistió al entierro, funeral y como se sintió; Explorar si existe sentimiento de culpa; Valorar los cuidados ofrecidos por la familia al enfermo de la forma más objetiva posible; Explorar que se ha hecho con las pertinencias del fallecido; Aconsejar para que no tomen decisiones precipitadas; Informar sobre la evolución del duelo y ofrecer la posibilidad de nuevas consultas (Sánchez et al. 2016).

4.6 APOYO PSICOSOCIAL AL PACIENTE PALIATIVO

Los aspectos psicológicos y sociales adquieren relevancia en la intervención en cuidados paliativos. Así, teniendo en cuenta el final de la vida o la terminalidad como un proceso, se considera que a medida que éste avanza la atención a las necesidades psicosociales cobra más importancia para el bienestar y calidad de vida de las personas que se encuentran en este proceso. Las intervenciones a nivel psicosocial en la fase de la terminalidad tienen que ver con el acompañamiento en las diferentes etapas emocionales clásicas y el abordaje de las necesidades psicosociales del paciente y sus familiares. Dichas necesidades hacen referencia a la relación de ajuste entre la conducta, emociones, personalidad y el ambiente socio-familiar y físico; es decir, la relación entre el sujeto y su entorno.

Enfrentarse a una enfermedad amenazante para la vida ocasiona una serie de necesidades psicosociales en los pacientes, al margen de los trastornos psiquiátricos, como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, etc. Las personas utilizan distintos recursos para responder al sufrimiento psicológico, que incluyen sus propios recursos de afrontamiento y el apoyo emocional de sus familiares y allegados. Sin embargo, en ocasiones el nivel y naturaleza del sufrimiento es tal que pueden beneficiarse de un apoyo profesional.

Se recomienda una evaluación de los aspectos psicosociales que considere los siguientes campos: aspectos relativos al momento vital, significado e impacto de la enfermedad, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, relaciones, fuentes de estrés, recursos espirituales, circunstancias económicas, y relación enfermera-paciente.

En pacientes con cáncer avanzado, las intervenciones psicosociales producen efectos beneficiosos, como la disminución de tristeza y depresión, y mejoran los mecanismos de afrontamiento. En pacientes con cáncer en distintos estadios de evolución, la psicoterapia mejora aspectos psicosociales, tales como la adaptación a la nueva situación, depresión, ansiedad, etc. De las intervenciones estudiadas, la terapia grupal, la educación, el consejo estructurado o no estructurado, y terapia cognitiva-conductual parecen ser las que ofrecen resultados más consistentes a medio y largo plazo. Las intervenciones individualizadas, como las proporcionadas por personal de enfermería especializado o por un equipo multidisciplinar, son eficaces. Distintos pacientes con distintos tipos o estadios de la enfermedad pueden tener necesidades diferentes.

4.6.1 Carácter interdisciplinario en el cuidado psicosocial

La atención al final de la vida debe garantizarse allí donde esté el paciente y por parte de todos los profesionales que le atienden. Su manejo comprende el habitual enfoque interdisciplinario y multidimensional de:

1. Paciente. Conservar su dignidad, conocer los valores y deseos previos del paciente o identificar al cuidador principal.
2. Familia. Atención global, con ayuda en la experiencia del morir del familiar enfermo al que están cuidando; ayuda psicosocial a la sobrecarga de cuidados

con formación específica de manejo no farmacológico ante los trastornos conductuales.

3. Profesionales. Formación específica en las áreas que comprenden el grueso de los pacientes que van a ser atendidos como son pediatría, geriatría y medicina de familia, aparte de la paliativa clásica. Proximidad, accesibilidad, compromiso de atención, control intensivo de los síntomas y de las complicaciones de la enfermedad, proporcionando bienestar y confort en todo momento.
4. Recursos sanitarios y sociales. Deben ser proporcionales a las necesidades del paciente y de la familia y, sobre todo, coordinados y continuados.

En la actualidad muchos médicos dependen de la experiencia de las enfermeras, con quienes forman equipos eficaces. Se trata de establecer relaciones cooperativas como asociación igualitaria, y es imprescindible que la enfermera aporte su visión y su experiencia próxima con los pacientes, pudiendo ejercer el rol de garante de la autonomía de éstos, así como quien vela por los deseos y valores de los pacientes para que entren en juego en la planificación de las acciones terapéuticas. Los conflictos que se generan son comunes y resultan, con frecuencia, inevitables, pero cómo se manejan depende, en parte, de cómo cada profesional ve la relación y la naturaleza del conflicto. Los conflictos éticos entre médicos y enfermeras que con más frecuencia se presentan en la práctica clínica de las relaciones de los equipos son los que tienen que ver con discrepancias en relación con la información o la oferta terapéutica, de ahí que resulte clave potenciar los espacios de trabajo en relación como las reuniones interdisciplinarias de caso, en las que sólo el beneficio y la autonomía del paciente son el eje de la discusión y del acuerdo (Martínez et al., 2012).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 EL DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO

El diseño es descriptivo y transversal. Descriptivo porque las variables de Conocimientos de Cuidados Paliativos en el Personal de Enfermería del Hospital Oncológico SOLCA-Loja fueron descritas de acuerdo a resultados obtenidos haciendo relación con otros estudios alrededor del tema.

5.2 POBLACIÓN DEL UNIVERSO O MUESTRA

El grupo que se investigó es de 62 miembros del personal de enfermería (licenciadas/os y auxiliares), de ambos sexos, de distinto nivel académico, antigüedad y de todas los departamentos del Hospital Oncológico de SOLCA-Loja que desearon participar en este estudio que fueron el 100%.

5.3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El método de recolección de datos para el análisis del problema es la encuesta que se la realizó a través de un cuestionario adaptado (Anexo 2), con respuestas cerradas verdadero (V) y falso (F), teniendo en cuenta las respuestas correctas e incorrectas según revisión bibliográfica, y se calificó de acuerdo al porcentaje obtenido (Cuadro 1)

NIVEL	PORCENTAJE
Alto	100% a 86%
Regular	85% a 70%
Bajo	menos de 70%

Cuadro1. Tomado de Hernández et al., (2015).

5.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información, se contó con la autorización de la coordinación de enfermería y director de tesis, así como de los directivos del hospital, también se elaboró un consentimiento informado (Anexo 1), para cada uno del personal que realizó el llenado del instrumento.

5.5 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Hospital Oncológico SOLCA_ Loja, esta es una institución de salud, de alto nivel científico, tecnológico y humano. Se encuentra ubicado en la Avenida Salvador Bustamente Celi, sector Jipíro. El mismo que ofrece algunos servicios como chequeo preventivo oncológico, consulta externa, laboratorio clínico, laboratorio de patología, laboratorio de citología, Diagnostico e Imagen, Cirugía, Oncología, Oncopediatría, Radioterapia, Cuidados Paliativos, fisioterapia, Gastroenterología y Farmacia. Tiene como propósito controlar el cáncer de la comunidad, contribuyendo a la reducción de morbilidad y mortalidad, permitiendo mejorar la calidad de vida del paciente y su familia (SOLCA Núcleo de Loja, 2015).

5.6 PLAN Y TABULACIÓN DE ANÁLISIS

La presentación del producto investigativo se realizó mediante la elaboración de tablas cuyos datos fueron ingresados al programa Excel para ser analizados.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para la aplicación del instrumento se proporcionó un consentimiento informado (anexo 1). Esta información brindada por el personal de enfermería será tratada de manera confidencial.

6. RESULTADOS

TABLA 1. Criterios de enfermería en el control del dolor y manejo de síntomas

DIMENSIÓN 1	VERDADERO		FALSO	
CRITERIOS DE ENFERMERIA EN EL CONTROL DEL DOLOR Y MANEJO DE SINTOMAS	**F**	**%**	**F**	**%**
En el primer escalón de la escalera analgésica se encuentran los AINES, dipiridona, paracetamol y codeína.	45	72,58%	17	27,41%
Las terapias coadyuvantes son importantes para el control del dolor.	59	95,16%	3	4,84%
En la escalera analgésica todos los medicamentos tienen techo analgésico.	46	74,19%	16	25,81%
Valorar el alivio obtenido frente a los efectos colaterales.	56	90,32%	6	9,68%
El medicamento de elección en el tercer escalón es la morfina, que siempre se debe administrar con intervalo de 6 a 8 horas	41	66,13%	21	33,87%
La morfina se usa exclusivamente contra el dolor oncológico	33	54,84%	29	45,16%
La escala visual analógica (EVA) permite valorar el dolor	57	91,94%	5	8,06%
Los cuidados paliativos se encargan del manejo de síntomas	59	95,16%	3	4,84%
Tratar enérgicamente al dolor, no a los síntomas asociados.	34	54,84%	28	45,16%
La morfina se indica desde en el momento en que apararecen síntomas dolorosos	28	45,16%	34	54,84%
Tratamiento con analgésicos en horario fijo	44	70,96%	18	29,03%

Fuente: Cuestionario adaptado (López et; al, 2014),
Autor: Paola Acaro

ANALISIS:

El 50% de las preguntas fueron contestadas de forma correcta, alcanzando un nivel de conocimiento "alto" en el control del dolor y manejo de síntomas respecto a "Las terapias coadyuvantes son importantes para el control del dolor", "Valorar el alivio obtenido frente a los efectos colaterales", "La escala visual analógica (EVA) permite

valorar el dolor", "Los cuidados paliativos se encargan del manejo de síntomas" y "Tratamiento con analgésicos en horario fijo". También se encontró un nivel de conocimiento "bajo" respecto a "En el primer escalón de la escalera analgésica se encuentran los AINES, dipirona, paracetamol y codeína", En la escalera analgésica todos los medicamentos tienen techo analgésico", "El medicamento de elección en el tercer escalón es la morfina, que siempre se debe administrar con intervalo de 6 a 8 horas", "La morfina se usa exclusivamente contra el dolor oncológico", "Tratar enérgicamente al dolor, no a los síntomas asociados'' y "La morfina se indica desde en el momento en que aparecen síntomas dolorosos". El control del dolor y manejo de síntomas permiten al paciente y familia una mejor adaptación a la situación final de vida, siendo el dolor el síntoma más frecuente especialmente en los pacientes que reciben cuidados paliativos ya que estos presentan dolor, el mismo que es controlado mediante analgésicos opioides, no opioides y potentes como la morfina, incluso se complementa con otros fármacos para aumentar la analgesia de los mismos.

TABLA 2. Percepción de enfermería en el cuidado espiritual

DIMENSIÓN 2	VERDADERO		FALSO	
PERCEPCION DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO ESPIRITUAL	**F**	**%**	**F**	%
Los aspectos espirituales no son parte de los cuidados paliativos	16	25,81%	46	74,19%
Atención individualizada según las creencias del paciente	47	75,81%	14	22,68%

Fuente: Cuestionario adaptado (López et; al, 2014),
Autor: Paola Acaro

ANÁLISIS:

El personal de enfermería presenta un nivel de conocimiento "regular" en la percepción de enfermería en el cuidado espiritual con respecto a "Los aspectos espirituales no son parte de los cuidados paliativos" y "Atención individualizada según las creencias del paciente".

Los profesionales de enfermería deben brindar cuidado espiritual ya que es uno de los pilares de la atención del paciente moribundo el cual se encarga de explorar la espiritualidad individual del paciente y apoyar los aspectos positivos de la fe del enfermo.

TABLA 3. Nivel de conocimientos de enfermería en el cuidado familiar

DIMENSIÓN 3	VERDADERO		FALSO	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO FAMILIAR	**F**	**%**	**F**	**%**
La familia debe participar siempre en los cuidados paliativos	60	96,77%	2	3,23%
Ofrecen apoyo emocional en el duelo a familiares	60	96,77%	2	3,23%
Intervenir tanto sobre el paciente como sobre la familia	57	91,94%	5	8,06%
Los cuidados paliativos no se deben ofrecer en el hogar	12	19,35%	50	80,65%

Fuente: Cuestionario adaptado (López et; al, 2014).
Autor: Paola Acaro

ANALISIS:

El personal de enfermería del Hospital Oncológico SOLCA- Loja presenta un nivel de conocimiento de enfermería "alto" en el cuidado familiar respecto a "La familia debe participar siempre en los cuidados paliativos", "Ofrecen apoyo emocional en el duelo a familiares" e "Intervenir tanto sobre el paciente como sobre la familia".

En los cuidados paliativos el personal de enfermería brinda apoyo a la familia del paciente terminal y a su vez la familia ocupa un lugar relevante cerca del paciente, procurando apoyo mutuo y donde la meta de la atención es la preservación de la calidad de vida y el confort en los enfermos y familiares. Los cuidados paliativos en el hogar tienen ventajas para el enfermo con enfermedad terminal, para la familia y para el sistema de salud.

TABLA 4. Criterios de enfermería del cuidado psicosocial

DIMENSIÓN 4	VERDADERO		FALSO	
CRITERIOS DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO PSICOSOCIAL	**F**	**%**	**F**	**%**
Los cuidados paliativos ofrecen apoyo psicosocial al paciente	57	91,94%	5	8,06%
Debe considerarse el apoyo psicosocial y la comunicación adecuada para transitar por la escalera analgésica	58	93,55%	4	6,45%
Visión integral e individualizada de los pacientes	55	88,71%	7	11,29%
Carácter interdisciplinario	53	85,48%	9	14,52%

Fuente: Cuestionario adaptado (López et; al, 2014),
Autor: Paola Acaro

ANÁLISIS:

Referente al criterio de enfermería en el cuidado psicosocial, presentó un nivel de conocimiento "alto" respecto a "Debe considerarse el apoyo psicosocial y la comunicación adecuada para transitar por la escalera analgésica", "Visión integral e individualizada de los pacientes" y el "Carácter interdisciplinario'. Por lo que los aspectos psicológicos son importantes en los cuidados paliativos ya que proporcionan bienestar y calidad de vida. Siendo los cuidados psicosociales los que hacen referencia al acompañamiento emocional y al abordaje de las necesidades psicosociales del paciente como conducta emociones, personalidad.

7. DISCUSIÓN

Los conocimientos de cuidados paliativos en el personal de enfermería son importantes ya que permiten al paciente enfermo en etapa terminal mejorar la calidad de vida.

El presente estudio nos indica que el nivel de conocimiento en el control del dolor y manejo de síntomas es “alto” relacionado a “Las terapias coadyuvantes son importantes para el control del dolor”, “Valorar el alivio obtenido frente a los efectos colaterales”, “La escala visual analógica (EVA) permite valorar el dolor”,” Los cuidados paliativos se encargan del manejo de síntomas” y “Tratamiento con analgésicos en horario fijo”. Sin embargo es “bajo” relacionado a “En el primer escalón de la escalera analgésica se encuentran los AINES, dipirona, paracetamol y codeína”, ”En la escalera analgésica todos los medicamentos tienen techo analgésico”, “El medicamento de elección en el tercer escalón es la morfina, que siempre se debe administrar con intervalo de 6 a 8 horas”, “La morfina se usa exclusivamente contra el dolor oncológico”, “Tratar enérgicamente al dolor, no a los síntomas asociados” y “La morfina se indica desde en el momento en que aparecen síntomas dolorosos”. No obstante en el estudio de Medina et al., (2012) realizado en los hospitales de México alcanzaron un nivel de conocimiento sobre el dolor “bajo” debido a la poca capacitación que sobre el tema ha recibido el personal de salud. Por lo tanto si el personal no recibe capacitación en cuidados paliativos, no se podrá mejorar la calidad de la atención al grupo de pacientes en cuestión, entendiéndose que el objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida del paciente y de su familia mediante el control de los síntomas físicos, así como proporcionar ciertas técnicas de rehabilitación para que el paciente crónico o en fase terminal pueda vivir lo más plenamente posible.

El nivel de conocimiento en el personal de enfermería de SOLCA - Loja sobre el cuidado espiritual es “regular” lo que no coincide con el artículo investigado por Medina et al., (2012) el cual demostró un nivel de conocimiento “bajo” en el cuidado espiritual. Así mismo en otra investigación realizada por Medina et al., (2015) que incluyó 33 enfermeros que atienden a pacientes hospitalizados obtuvieron un nivel de conocimiento “bajo” pues la mayoría considero que el cuidado espiritual no forma parte de los cuidados paliativos.

En cuanto al conocimiento de enfermería en el cuidado familiar el personal de enfermería tiene un conocimiento “alto” pues consideraron que la familia debe participar siempre de los cuidados paliativos coincidiendo con los resultados de la investigación “Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes” realizada por Hernández et al., (2015) en el que se demostró que tienen un nivel de conocimiento “alto” en este aspecto.

Referente al criterio de enfermería en el cuidado psicosocial existió un conocimiento “alto” en nuestro estudio, por lo que el personal de enfermería conoce la importancia de brindar estos cuidados al paciente con enfermedades oncológicas. Concordando con el estudio realizado a residentes que presentaron un nivel de conocimiento “alto” respecto a este tema (Hernández et al., 2015). También la Guía Práctica Clínica Sobre Cuidados Paliativos, (2012) manifiesta que la OMS incluye los aspectos psicosociales dentro de los cuidados paliativos y además expone que enfrentarse a una enfermedad amenazante para la vida ocasiona una serie de necesidades psicosociales en los pacientes por lo que brindar este apoyo produce efectos beneficiosos, como la disminución de tristeza y depresión mejorando los mecanismos de afrontamiento.

8. CONCLUSIONES

Una vez realizado el estudio del presente proyecto, se tiene la información necesaria y suficiente que permite llegar a las siguientes conclusiones:

- Los niveles de conocimiento que se encontraron en el personal de enfermería relacionado con el control del dolor y manejo de síntomas fueron "alto" y "bajo".

- En cuanto al conocimiento sobre el cuidado espiritual, el personal de enfermería del Hospital de SOLCA presentó un nivel de conocimiento "regular" que podría deberse a que estos no han sido tomados en cuenta puesto que se cree que solo los religiosos son quienes brindan los cuidados espirituales.

- El nivel del conocimiento sobre el cuidado familiar en el personal de enfermería es "alto" debido a que consideran que los familiares del paciente deben recibir y ser partícipes de los cuidados paliativos.

- El cuidado psicosocial alcanzó un nivel de conocimiento "alto" ya que es considerado como un cuidado importante que se debe brindar por el personal de enfermería ayudando a que los pacientes no se encuentren estresados y deprimidos durante el proceso del tratamiento.

- Se entregaron los resultados obtenidos a la institución a través de un informe por escrito, para que así las autoridades tomen las medidas correspondientes.

9. RECOMENDACIONES

- A la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja tome en cuenta los resultados obtenidos de la investigación para que de esta forma se amplíen contenidos de cuidados paliativos en la asignatura de Oncología.

- Debido a que existe un grupo específico que brinda los cuidados paliativos en el hospital de SOLCA- LOJA, se recomienda que todo el personal de enfermería que brinda atención directa y diaria al paciente esté capacitado en cuidados paliativos debido a la importancia de los mismos.

10. BIBLIOGRAFÍA

OMS. (2015). Cuidados Paliativos. Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2014). Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidas. Organización Mundial de la Salud.

Codorniu, N., Bleda, M., Alburquerque, E., Guanter, L., Adell, J., García, f., & Barquero, A. (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Scielo, 20(1-2), 1-3. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011001100115

Medina, L., Cruz, A., Sánchez, M., & Pedraza, A. (2012). Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. Redalyc, 17(2), 2-7. Retrieved from http://www.redalyc.org/pdf/473/47323278008.pdf

Trujillo, Z., Paz, F., Sánchez, M., Nava, G., García, C., & Ochoa, A. et al. (2013). Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de la salud, ante la muerte y el trabajo emocional. Revista Mexicana De Neurociencia, 14(1), 1-6. Retrieved from http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2013/rmn131b.pdf

Elph, G. (2015). University of guelph, 12(2), 96.

MSP. 2015. PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS 2015-2017. Corporación Ediábaco CÍA.LTDA: 8-10.

Araujo, R. & Alulima, T. (2011). Atención integral de enfermería a pacientes con enfermedades terminales en el Centro Santa María Josefa de la ciudad de Loja, Mayo/2010- Mayo/2011 (Licenciatura). Universidad Nacional de Loja.

Martínez, B., Monleón, M., Carretero, Y., & García, T. (2012). Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida (pp. 42-75). España: Fotoletra S.A.

Young, P., Hortiz de Smith, V., Chambi, M., & Finn, B. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Revista Médica De Chile, 139, 807-813. Retrieved from http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n6/art17.pdf

Gomez. (2015). Dolor y sufrimiento al final de la vida. Arán Ediciones.

Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI), 64 – 72. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Urra, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de jean watson y su teoría de cuidados transpersonales. Revista Ciencia Y Enfermería, 3, 11-22.

Sorrentino, S., Remmert, L., & Gorek, B. (2012). Fundamentos de enfermería práctica (1st ed., pp. 93-98). España: EdiDe. Retrieved from https://books.google.com.ec/books?id=MM0jx0nJIFIC&printsec=frontcover&dq=fundamentos+de+enfermeria&hl=es&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKE

Reyes, E. (2015). Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología (2nd ed., pp. 86-98). México: El Manual Moderno S.A.

Solca Núcleo de Loja. (2015). Servicios. Retrieved November 16, 2015, from http://solcaloja.med.ec/site/index.php/2015-07-10-18-31-15

Díaz, P. (2010). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología, 28(3), 139-143.

Laborí, P., Quesada, M. & Puig, A.(2015). La familia en los cuidados paliativos del enfermo con cáncer avanzado. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* 40: 1–3.

Regueira, S., Fernández, M. & Díaz, M. (2015). Escalera analgésica en el tratamiento del dolor oncológico. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* 40.

Azkue, J., Callejo-Orcasitas, A., Gomez-Vega, C., La-Torre, S., Arizaga-Maguregui, A., & Ortiz-Pereda, V. et al. (2007). Analgésicos coadyuvantes en el tratamiento del dolor. Gac Med Bilbao, (104), 156-164.

Rodríguez,F., Daza, P. & Rodríguez, M. (2006). Tratamiento farmacológico del dolor en pacientes con cáncer. *Colombia Médica* 37: 242–6.

National Institute of Nursing Research. (2011). Cuidados paliativos *ninr* 1.

Sagastume J. (2011). Conocimientos del Personal de Enfermería, relacionados con cuidados Paliativos a niños hospitalizados en la Unidad De Cuidado Intensivo Pediátrico Del Hospital Roosevelt. Universidad De San Carlos De Guatemala.

Hernández,O., Arbelo, M., Reyes, R., Medina, C., & Chacón, C. (2015). Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes Level of information of palliative care found in resident physicians. *Scielo* 29 (1): 14–27.

Araujo, A., Gómez, M., Pascual, J., & Castañeda, M. (2004). Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 27(3), 63–75. http://doi.org/10.4321/S1137-66272004000600007

Medina González, Inarvis, Chacón Reyes, Elicerio, & Hernández Quintero, Odalys. (2015). Conocimientos de los enfermeros del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico sobre cuidados paliativos. MediSur, 13(4), 500-507. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2015000400006&lng=es&tlng=es

11. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO 1
Proyecto: Conocimientos de Cuidados Paliativos en el Personal de Enfermería del Hospital Oncológico de SOLCA Loja.
Consentimiento Informado

N°……

Estimados enfermeras/ros que laboran en tan prestigiosa institución, la presente propuesta de investigación "Conocimientos Sobre Cuidados Paliativos en el Personal de Enfermería del Hospital Oncológico de SOLCA Loja" se realiza con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre estos cuidados brindados a los pacientes, por lo que contar con su ayuda para la recolección de los datos permitirá concretar el estudio antes mencionado. Cabe mencionar que la participación es de carácter voluntario y toda la información alcanzada será tratada de manera confidencial. Es importante mencionar que el cuestionario aplicado será anónimo, por lo que se requiere responder de la manera más sincera posible.

A continuación se le solicita que voluntariamente firme este documento como signo de haber sido informado.

Autorización

Fecha……

Yo…….. Con documento de identidad CC……...

Estoy de acuerdo en participar en la investigación "Conocimientos de cuidados paliativos en el personal de enfermería del Hospital Oncológico de Solca Loja". Se me ha explicado minuciosamente los objetivos y procedimientos del estudio y mi incorporación será voluntaria. Por tanto al firmar este documento autorizo me incluyan en esta investigación.

…… ……

Firma del trabajador (a) Firma del investigador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA
ANEXO 2
Proyecto: Conocimientos de Cuidados Paliativos en el Personal de Enfermería del Hospital Oncológico de SOLCA Loja.
Instrumento de Recolección de datos

Estimados colegas:
El presente cuestionario tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos en el personal de enfermería. Le agradecemos exprese con sinceridad sus criterios, pues esta información es completamente anónima.
Muchas gracias.

INFORMACION GENERAL **N°…….**

Género: M ( ) F ( ) Departamento: Actualmente es**: Licenciada/o ( ) Auxiliar de Enfermería ( )**

Antigüedad en la Institución: **Menos de 5 años ( ); 5 a 10 años ( ); 11 a 15 años ( ); 16 a 20 años ( ); 21 a 25 años ( ); Más de 26 años**

ITEMS	ESCALA	
Conocimientos en:		
CRITERIOS DE ENFERMERIA EN EL CONTROL DEL DOLOR Y MANEJO DE SINTOMAS		
En el primer escalón de la escalera analgésica se encuentran los AINES, dipiridona, paracetamol y codeína	V: verdadero	F: falso
Las terapias coadyuvantes son importantes para el control del dolor.	V: verdadero	F: falso
En la escalera analgésica todos los medicamentos tienen techo analgésico	V: verdadero	F: falso
Valorar el alivio obtenido frente a los efectos colaterales.	V: verdadero	F: falso
El medicamento de elección en el tercer escalón es la morfina, que siempre se debe administrar con intervalo de 6 a 8 horas.	V: verdadero	F: falso
La morfina se usa exclusivamente contra el dolor oncológico	V: verdadero	F: falso
La escala visual analógica (EVA) permite valorar el dolor	V: verdadero	F: falso
Los cuidados paliativos se encargan del manejo de los síntomas	V: verdadero	F: falso
Tratar enérgicamente el dolor, no a los síntomas asociados	V: verdadero	F: falso
La morfina se indica desde en el momento en que aparecen síntomas dolorosos	V: verdadero	F: falso
Tratamiento con analgésicos en horario fijo	V: verdadero	F: falso
PERCEPCION DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO ESPIRITUAL		
Los aspectos espirituales no son parte de los cuidados paliativos	V: verdadero	F: falso
Atención individualizada según las creencias del paciente	V: verdadero	F: falso
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO FAMILIAR		
La familia debe participar siempre en los cuidados paliativos	V: verdadero	F: falso
Ofrecen apoyo emocional en el duelo a familiares	V: verdadero	F: falso
Intervenir tanto sobre el paciente como sobre la familia	V: verdadero	F: falso
Los cuidados paliativos no se deben ofrecer en el hogar	V: verdadero	F: falso
CRITERIOS DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO PSICOSOCIAL		
Los cuidados paliativos ofrecen apoyo psicosocial al paciente	V: verdadero	F: falso
Debe considerarse el apoyo psicosocial y la comunicación adecuada para transitar por la escalera analgésica	V: verdadero	F: falso
Visión integral e individualizada de los pacientes	V: verdadero	F: falso
Carácter interdisciplinario	V: verdadero	F: falso

Fuente adaptada y tomada de (López et; al, 2014)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMENA

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 3

PROYECTO: Conocimientos de Cuidados Paliativos en el Personal de Enfermería del Hospital Oncológico de SOLCA Loja.

EVIDENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO

HOSPITAL ONCOLOGICO DE SOLCA LOJA

REUNION CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE SOLCA-LOJA EN EL AUDITORIO DR. VICENTE BURNEO ARIAS PARA EXPLICAR EN QUE CONSISTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA ENCUESTA

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LLENANDO LAS ENCUESTAS

ANEXO 4

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: *"CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA-LOJA"*, autoría de la Señorita Karla Paola Acaro Jaramillo, egresada en la Carrera de Enfermería, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 17 de mayo de 2017

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMENA

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 5

a. TEMA:

CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA-LOJA.

b. PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales». Considera que el equipo sociosanitario debe aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades

La OMS afirma que la disponibilidad, accesibilidad y recursos para cuidados paliativos son limitados y que actualmente solo una de cada 10 personas que necesitan cuidados paliativos, recibe esa atención (OMS, 2013).

Aproximadamente una tercera parte de quienes necesitan cuidados paliativos tiene cáncer. El resto padece enfermedades degenerativas que afectan al corazón, los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro, o enfermedades crónicas o potencialmente mortales, como la infección por VIH y la tuberculosis farmacorresistente.

Se calcula que todos los años más de 20 millones de pacientes necesitan cuidados paliativos al final de la vida, de los cuales cerca de un 6% son niños. Si se incluye a todas las personas que podrían recibir cuidados paliativos en una fase anterior de su enfermedad, la cifra correspondiente ascendería al menos a 40 millones. Los cuidados paliativos y terminales a menudo abarcan algún tipo de apoyo a los familiares del paciente, lo que significa que las necesidades de atención se multiplicarían por más de dos.

En 2011, unos tres millones de pacientes, la mayoría de ellos terminales, recibieron cuidados paliativos. Aunque gran parte de ese tipo de asistencia se presta en los países de ingresos altos, casi el 80% de las necesidades mundiales de asistencia paliativa corresponde a países de ingresos bajos y medianos. Solo 20 países del mundo han integrado adecuadamente los cuidados paliativos en los sistemas de atención sanitaria (OMS, 2014).

En un estudio realizado en México “Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos” en el cual se refleja que el 7% obtuvo resultados aceptables en conocimientos totales, 16.7% en conocimientos sobre el dolor y 28.5% en conocimientos generales. Se concluye que existe la necesidad de capacitar al personal de salud que desconoce cómo abordar al paciente en etapa terminal o con procesos crónico degenerativos para que sepa cómo dar soporte al paciente y a su familia (Medina et., 2012).

Otra investigación mexicana “Conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de salud ante la muerte y el trabajo emocional” resulto que de 40 profesionales entrevistados el 25% de ellos son enfermeras. El 77.5% tenían conocimientos de los objetivos del cuidado paliativo, el 72.5% no conocían la carta de derechos humanos del paciente terminal. Como conclusión los profesionales en salud que fueron evaluados requieren capacitación integral en cuidados paliativos con un enfoque bioético para la atención digna y humana del paciente terminal (Trujillo et al., 2013).

El artículo científico “Significado atribuido por las enfermeras a la educación para cuidar al paciente moribundo” participaron 23 enfermeras resultando que la educación de las enfermeras para afrontar la muerte y el cuidado al paciente moribundo y sus familiares fue incompleta e insuficiente. Se concluye que para las enfermeras el cuidado del paciente moribundo significa una obligación que deben asumir con pocas herramientas obtenidas durante la educación. (Elph, 2015).

La siguiente publicación científica “Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos” Se seleccionaron 10 enfermeras con más de 10 años de experiencia profesional en Cuidados paliativos. Entre las categorías elegidas para la atención de enfermería están: Evolución de los cuidados, de la profesión enfermera, funciones, actividades de enfermería e historia de los cuidados paliativos. Se concluyó que existe la necesidad de definir las competencias enfermeras en Cuidados Paliativos; necesidad de contemplar la práctica profesional en el marco de un modelo conceptual y la aplicación del método científico enfermero; necesidad de avanzar en prácticas reflexivas basadas en evidencias científicas; Iniciar una línea de investigación en competencias enfermeras en cuidados paliativos (Codorniu et al., 2011).

En Ecuador se estima que solo del 5 al 10% de los pacientes que necesitan estos cuidados los reciben y más del 50 % de pacientes no pueden costear los servicios o la medicación. El interés en cuidados de este tipo ha aumentado en los profesionales de salud, sin embargo menos del 15% han sido formados en este tema en la educación de pregrado. Los recursos y la experiencia son limitados (Actualización Contable, 2015).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha propuesto el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, MAIS – FCI, el cual tiene como meta incorporar el abordaje y servicios de cuidados paliativos que ofrezcan atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo (Ministerio de Salud Pública, 2012).

La tesis realizada por (Araujo & Alulima, 2011) sobre “Atención Integral de Enfermería a Pacientes con Enfermedades Terminales en el Centro Santa María Josefa de la Ciudad de Loja, Mayo/2010- Mayo/2011” obtuvo como resultados que la población de ancianos tiene la proporción más alta con enfermedades crónicas y discapacidades que necesitan cuidados paliativos. Además no solo patologías como cáncer necesitan cuidados paliativos, puesto que el 35.71% de los pacientes del centro Santa María Josefa presentan patologías neurodegenerativas

El área de investigación a la que corresponde el proyecto es la diecinueve misma que pertenece al Sistema Nacional de Salud, línea calidad de la atención, prestación y sistemas de apoyo (MSP, 2013).

Dentro de la Línea de investigación de la carrera de enfermería este proyecto corresponde a la línea siete morbilidad y mortalidad por problemas de salud de alto riesgo a nivel local, regional y nacional.

El Área de estudio en el que se desarrollará el presente proyecto es el Hospital Oncológico SOLCA_ Loja, mismo que se encuentra ubicado en la Avenida Salvador

Bustamante Celi, sector Jipiro de la ciudad de Loja sur del Ecuador, área urbana en el que habitan alrededor de 206.834 habitantes.

Se medirán la variable independiente, los Profesionales de Enfermería, con su dimensión: atención y cuidados integrales a todas las personas que lo necesiten y como variable dependiente Cuidados paliativos cuyas dimensiones son aspectos característicos de los cuidados paliativos, patologías que requieren de cuidados paliativos, integración de intervenciones de enfermería en cuidados paliativos, importancia de los cuidados paliativos, control del dolor y tratamiento paliativo con morfina (Anexo 1).

El presente estudio del tema "Conocimientos de cuidados paliativos en el personal de enfermería del hospital oncológico Solca-Loja" está constituido por una muestra de 56 personas de enfermería encargados de brindar cuidados al paciente en fase terminal

En cuanto a la factibilidad de llevar a cabo este proyecto de investigación es posible realizarlo ya que cuenta con los recursos necesarios y con la muestra para trabajar. Además existen los permisos pertinentes y la autorización correspondiente debido al convenio entre Hospital de Solca y Universidad Nacional de Loja.

Es importante que el personal de enfermería durante su desarrollo profesional esté capacitado para brindar cuidados paliativos, incorporando una triada integral de cuidar, investigar y educar como componente importante en la construcción de mejores servicios que atiendan a un abanico más amplio de pacientes y poder asegurar una atención de buena calidad, la construcción de competencia y confianza entre los profesionales es un elemento esencial para las enfermeras tanto generalistas como especialistas o expertas. Por lo que con el desarrollo de la presente investigación se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante.: ¿Cuál es nivel de conocimiento que tienen las y los enfermeros del Hospital de SOLCA Loja sobre cuidados paliativos?

c. JUSTIFICACIÓN

Los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados, pero pueden existir cuidados sin curación» (M. Leininger). El cuidado es la esencia de la enfermería, y su función, ya descrita por V. Henderson, « es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación, o a una muerte tranquila y que el individuo podría realizar sin ninguna ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario.

Del mismo modo, es preciso realizar estas acciones de tal manera que el individuo pueda ser lo más autónomo posible». Para Henderson, paciente y familia constituyen una unidad con 14 necesidades básicas que cubrir. Por otra parte, los cuidados, según J. Watson, «deben estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, el sufrimiento, el dolor y la existencia, y ayudar al otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autosanación».

La enfermería lleva cuidando desde siempre a pacientes en situación avanzada y al final de la vida, y ha prestado desde su perspectiva una atención integral tanto al paciente como a su entorno, pero quizá, la imposición del modelo biomédico del último siglo que ha impregnado a la enfermera la haya separado de su propia esencia. El Consejo Internacional de Enfermería afirma que «la función de la enfermería es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de la vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales.

En las instituciones que brindan servicios de salud hospitalaria existe un gran desconocimiento sobre las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente en fase terminal y sobre las de su familia; se reconoce que los profesionales de salud carecen de conocimientos sobre cuidados paliativos. (Medina et al., 2012).

Según los estudios realizados por (Trujillo et al., 2013) publicado en la revista mexicana de neurociencia y (Lopera, 2015) de la revista Elseiver evidencian la escasa formación de las enfermeras para afrontar la muerte de los pacientes y las consecuencias de esa falta de preparación y formación.

Es por eso que ha aumentado el interés en este tipo de cuidados en los profesionales de salud, sin embargo menos del 15% han sido formados en este tema en la educación de pregrado, debido a la falta de recursos y experiencia (Elph, 2015).

El presente proyecto tendrá una vigencia de seis meses y es de relevancia social ya que desea investigar los conocimientos de cuidados paliativos que tiene personal de enfermería del hospital Solca Loja, pues de acuerdo a la problemática mencionada es ineludible la importancia del cuidado al paciente en etapa terminal adquiere cada vez más importancia dentro del sistema de salud, ya que el paciente merece evitar el sufrimiento en la etapa final de su vida. Es por ello que los profesionales de la salud, entre ellos el personal de enfermería, deben estar comprometidos a trabajar en conjunto con el propósito de aplicar los conocimientos, habilidades y destrezas, para poder llevar a cabo eficazmente los cuidados paliativos ante el sufrimiento y la muerte.

El objetivo principal de este proyecto es “Determinar el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos en el personal de enfermería del Hospital Oncológico

SOLCA – Loja" y a partir de los resultados de esta investigación aportar con información a la profesión de enfermería y a la institución hospitalaria para que se puedan generar talleres de capacitación al personal.

Por lo que el presente proyecto destaca la importancia de los conocimientos de enfermería en los cuidados paliativos como garantía de sus cuidados y con ello se logrará mejorar la calidad de atención de enfermería a pacientes que requieren de cuidados paliativos.

d. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos en el personal de enfermería del Hospital Oncológico SOLCA – Loja.

ESPECÍFICOS

- Conocer el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería relacionado con el control del dolor y manejo de síntomas.
- Establecer el nivel de conocimiento en el personal de enfermería sobre cuidado espiritual, familiar y psicosocial.
- Entregar los resultados obtenidos a la institución para mejorar la atención en cuidados paliativos.

e. MARCO TEÓRICO

Mejorar la calidad de vida es el tercer objetivo del plan nacional del buen vivir, la calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir, para la garantía de servicios sociales de calidad en los ámbitos de salud, la misma que se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable.

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física (Secretaria Nacional de Planificacion y Desarrollo del Ecuador, 2013).

Los Cuidados Paliativos en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud es uno de los retos del MAIS-FC incorporando el abordaje y servicios de cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se orientan entre otros aspectos, a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo. Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida, sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren cuidados paliativos, que se deben prestar en los tres niveles de atención de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias en estrecha relación con la familia y la comunidad (MSP, 2012).

Las “Prioridades de investigación en salud 2013-2017” tienen como objetivo la optimización de recursos para realizar investigación e impactar positivamente en la calidad de la misma, logrando de esta manera mejorar la eficiencia y coordinar los esfuerzos de todos los actores del sistema de salud para lograr los objetivos del Buen Vivir.

Las áreas y líneas de investigación del Ministerio de Salud Publica fueron generadas a partir de los problemas de salud en nuestro país, señalados en datos oficiales. La presente pro

puesta pertenece al área diecinueve misma que corresponde al Sistema Nacional de Salud, línea calidad de la atención, prestación y sistemas de apoyo (MSP, 2013)

.

ENFERMERIA

Se considera como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética (Martínez, 2012)

La fundadora de la enfermería fue conocida como Florence Nightingale, quien nació en 1820 en Florencia, Italia, es considerada la matriarca de la enfermería moderna, su principal objetivo fue colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actué sobre él. De forma general para su autora el término enfermería significa el uso adecuado del aire fresco, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la adecuada selección y administración de dietas, procurando el menor gasto posible de la energía vital del paciente (Young et al., 2011)

La enfermería desde la antigüedad ha utilizado modelos de atención para entender a las personas en su ciclo de vida dentro del proceso salud-enfermedad, no solo para realizar cuidados dependientes e interdependientes, sino también cuidados independientes, en los diferentes escenarios donde se desarrolla. Por lo tanto, las enfermeras se encuentran en una posición única para ayudar a las personas a conseguir y mantener estados de salud óptimos a través del fomento, la promoción y la prevención de los problemas de salud que le aquejan (Goméz, 2015).

En la práctica de enfermería según la Dra. Watson debe existir la ejecución de un sistema sólido en valores humanísticos, puesto que debe considerarse un arte el momento en que la enfermera/ro experimenta y comprende los sentimientos del otro y a su vez es capaz de expresarlos de manera similar a los que experimenta la otra persona. (Urra, 2011)

NIVEL DE FORMACION DE ENFERMERIA

La enfermería era realizada por gente de buena voluntad que no tenía ninguna preparación además algunas religiosas quienes ayudaban en asilos conocían del oficio y demostraban constancia y disciplina.

Algunos estudios mencionan que esta disciplina, surgió como profesión cuando enfermeras tituladas, fueron ocupando los puestos que la disminución de las congregaciones religiosas iban dejando vacíos, permitiendo que en la actualidad continua siendo significativa y decisiva en algunas instituciones al cuidado de la salud (Goméz, 2015)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunto con las autoridades nacionales de salud acordaron preparar dos tipos de personal de enfermería: la enfermera graduada o titulada y la auxiliar de enfermería.

Cuando un enfermero ha completado un programa de estudios de enfermería de 4 años de duración y ha obtenido el título oficial de licenciada en enfermería pueden aplicar el PAE en todas sus fases es decir valoran, realizan diagnósticos enfermeros, planifican, ejecutan y evalúan la atención enfermera con planes de cuidados, determinadas tareas al equipo enfermero además evalúan el modo en que los planes de cuidados y la atención enfermera afecta a cada persona, enseñan tanto a los pacientes como a sus familias como mejorar su salud e independencia, ponen en práctica las indicaciones médicas (Sorrentino, S. A. G., & Diorky, 2012).

La OPS promocionó un cambio en la tendencia de la enfermería hospitalaria: de un enfoque administrativo anterior a uno clínico, siguiendo los progresos científicos, tecnológicos y educacionales. Surgieron cursos de especialización en enfermería materno – infantil y medico quirúrgica, en salud mental y psiquiatría (Reyes, 2015)

El personal auxiliar de enfermería está preparado mediante un programa educativo reconocido oficialmente, para trabajar en actividades del servicio de la salud bajo la dirección y supervisión de la enfermera titulada, ya que demandan de menos conocimientos científicos y habilidad técnica de enfermería (Sorrentino, Remmert, & Gorek, 2012).

El Hospital de Solca es una institución de alto nivel científico, tecnológico y humano, la cual tiene el objetivo de controlar del cáncer en la comunidad, contribuyendo a la reducción de morbilidad y mortalidad, permitiendo mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. El cual tiene como visión realizar el manejo integral incluyendo la prevención, diagnóstico y tratamiento como ejes del accionar diario.

El hospital está constituido por departamentos:

- Radioterapia

En el Área de Radioterapia y Medicina Nuclear del Instituto del Cáncer de SOLCA Loja, brinda atención para prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes afectados de cáncer, realizando la exposición de un tumor a la radiación proveniente de un radioisótopo, ya que las células en proceso de reproducción (las de cáncer lo están y en forma acelerada) son muy sensibles a la radiación.

- Chequeo preventivo oncológico

Consiste en realizar un Plan de Intervención Preventiva mediante la ejecución de pruebas completas tanto de laboratorio como de otros procedimientos médicos, para que se pueda detectar oportunamente el cáncer y por ende ejecutar una alerta temprana o descartar la posibilidad de una patología oncológica.

- Cirugía

En esta área se realiza pre consultas médicas, evaluación y realización de procedimientos quirúrgicos a cargo profesionales especializados.

- Oncología

Incluye el tratamiento integral del paciente, desde la preconsulta, tratamiento, hospitalización y recuperación

- Oncopediatría

El área está destinada para la atención integral de los niños, que incluye habitaciones de hospitalización, zona de recreación, aulas y servicio de internet inalámbrico (Solca Núcleo de Loja, 2015).

HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Origen de la filosofía de los Cuidados Paliativos

Según Martínez et al., (2012) la historia del cuidar es tan antigua como la humanidad, así filosofía de los cuidados paliativos comienza con los judeocristianos de la que fluye el movimiento moderno.

Cicely Saunders, propuso grandes estrategias que se sustentan sobre sólidas columnas:

- Comunicación fluida entre enfermo, familiares y profesionales para fomentar la confianza y no llegar al aislamiento de ninguna de las partes.
- Mediante una valoración se realiza un control adecuado de síntomas
- Reconocimiento y atención de las necesidades psicológicas y espirituales que no serán nunca más ignoradas.
- La evolución que va desde un modelo reduccionista a una perspectiva del cuidado de la persona como un todo.

Toda esta revolución se dio gracias a su fundadora quien reformó sin detenerse una vez que había decidido embarcarse en la tarea de aliviar el sufrimiento, para ello contaba con características muy necesarias en cualquier enfermera, como son una legendaria determinación; una gran calidez humana y entusiasmo en su trabajo, humildad y confianza además poseía un gran sentido del humor y una insaciable curiosidad, y por último le gustaba atender cuidadosamente. Era mujer resiliente y visionaria, y dedicó el resto de su vida a la atención de los que estaban al final de la suya, y motivada, supo poner en marcha una estrategia para sustentar su idiosincrática.

El Hospicio de Christopher, fundado en 1967 en su obra pionera en este campo enlaza expertamente el control del dolor y sintomático en general, con cuidados compasivos, formación e investigación clínica.

La filosofía de esta obra, encarnada en una institución de renombre mundial, queda bellamente recogida en palabras de una enfermera irlandesa escritas en el año 1962: «Ha sido maravilloso que los que sufren gran dolor puedan ser liberados del mismo, y a la vez permanecer alerta. Que se pueda preservar la personalidad y la dignidad hasta el final y que usted haya encontrado una auténtica respuesta al problema del deseo de quien quiere morir por miedo al dolor y al abandono.

Breve historia de los Cuidados Paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta 1980 no incorpora oficialmente el concepto de cuidados paliativos y promueve el programa de cuidados paliativos como parte del programa de control de cáncer. En 2002 la OMS define a los cuidados paliativos como cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapias curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos (Martínez et al., 2012).

MODELOS ORGANIZATIVOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Un plan de diseño y desarrollo de un modelo organizativo, es un requisito previo para la accesibilidad para cuidados paliativos de calidad.

La mayoría de programas definen dos niveles de cuidados paliativos;

- Primero es el nivel básico, general o enfoque paliativo, que se refiere a los cuidados que deben proporcionarse a los pacientes que lo precisen, tanto en atención primaria como en hospitalización.
- El segundo, el nivel avanzado, específico o especializado, se encuentra diversos tipos de intervenciones de los equipos de cuidados paliativos ante situaciones complejas.

La complejidad viene derivada de las características del paciente o de la familia, del cuadro clínico y/o de los procedimientos terapéuticos necesarios, e incluso de una atención estándar inadecuada.

Los equipos específicos de cuidados paliativos son interdisciplinarios, identificables y accesibles, integrados por profesionales con la adecuada formación, experiencia y dedicación para responder a situaciones complejas. Realizan funciones docentes e investigadoras en distintos grados y su composición depende de las características demográficas, geográficas, y del nivel de necesidad de las diferentes

áreas sanitarias. Habitualmente están compuestos por médicos y enfermeras, con la necesaria participación de psicólogos y trabajadores sociales, y la colaboración de otros profesionales (Martínez et al., 2012).

DEFINICIÓN DEL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS

Se considera que un paciente es subsidiario de recibir cuidados paliativos cuando la atención integral, individualizada y continuada presenta una enfermedad en situación avanzada y terminal, así como de las personas a ellas vinculadas por razones familiares o de hecho. Esa situación viene caracterizada por la presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, y que condicionan una elevada necesidad y demanda de atención. Esta demanda es atendida de forma competente y con objetivos terapéuticos de mejora del confort y de la calidad de vida, definidos éstos por el propio enfermo y su familia, con respecto a su sistema de creencias, preferencias y valores.»

Cuando se ha detectado una enfermedad avanzada se debe proporcionar de los cuidados paliativos. Los conceptos de enfermedad avanzada y «terminalidad», así como la familiaridad con las trayectorias típicas de las enfermedades oncológicas y no oncológicas son importantes factores que deben tenerse en cuenta.

Enfermedad avanzada oncológica

Según Martínez et al., (2012) existen algunos parámetros que caracterizan y definen esta fase avanzada tales como:

9. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con diagnóstico histológico demostrado, tras haber recibido terapia estándar eficaz.
10. Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo, específico para la patología de base.
11. Presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium.
12. Los parámetros analíticos demostrativos de una mayor relación con una mortalidad precoz son: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.
13. Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con el proceso de morir.
14. Deterioro cognitivo.
15. Pronóstico vital limitado según criterio del especialista correspondiente.
16. Percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida.

Enfermedad avanzada no oncológica

Los pacientes no oncológicos tienden a ser derivados más tarde y presentan más dificultades para su inclusión en programas de cuidados paliativos. Hay experiencias en servicios de cuidados paliativos en las que se han establecido nexos de trabajo conjunto

con otros participando de forma regular en sus sesiones clínicas o también el desarrollo de consultas de cuidados paliativos (principalmente a cargo de una enfermera especialista en cuidados paliativos) con oncología y cardiología (Martínez et al., 2012).

ENFERMERÍA Y SU COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La profesión de enfermería ha sido siempre un campo propicio para la cooperación internacional y ha demostrado que no sólo es un instrumento para promover la autorrealización personal sino que por su propia filosofía de cuidar y acompañar, también es capaz de estimular a sus miembros para dar lo mejor de sí mismos. Conocer que existen formas para aliviar el sufrimiento ajeno como la educación y sentir la necesidad de participar para que el cambio se produzca moviliza voluntades.

En el artículo: «Cuidados paliativos y el tratamiento del dolor en la solidaridad internacional» de 2009, sobre la creación de Paliativos Sin Fronteras (PSF), se exponen las diversas posibilidades de cooperación en este ámbito que pueden ser un importante punto de encuentro y de motivación para todos los que desean ser solidarios ante el sufrimiento y compartir conocimientos y experiencias con quienes todavía no los tienen y lo padecen. Existen otras formas de trabajo en diversas áreas que dependen de la experiencia y formación de los cooperantes:

e) Políticas de salud gubernamentales apropiadas.
f) Disponibilidad farmacológica adecuada (los medicamentos esenciales).
g) Educación de administradores, trabajadores sanitarios y del público.
h) Implementación de los servicios paliativos en todos los niveles sanitarios, incluida la atención a domicilio.

Los cuidados paliativos y tratamiento del dolor gracias a la la cooperación internacional puede ofrecer a los enfermeros/ras la oportunidad de realizar diversas actividades por los países del Tercer Mundo como promover una reflexión crítica en su lugar de trabajo sobre la situación de estos pueblos; sensibilizar a otros profesionales frente a la pobreza y la desigualdad que hacen muy difícil controlar los síntomas en el final de la vida; intervenir en la formación de sus sanitarios en la prevención de enfermedades; adquisición de hábitos saludables y en el cuidado en el final de la vida, y formar parte de un grupo que trabaje por ayudarles a conseguir elementos estructurales básicos. Trabajar por los más desfavorecidos, al menos durante unas vacaciones solidarias, es una experiencia personal única que puede permitir conocer distintas comunidades para identificar las diferencias y las similitudes del cuidado y así ofrecer acciones sensitivas y competentes desde la perspectiva cultural. La enfermería en cooperación puede contribuir a mejorar la calidad de cuidado al final de la vida de los enfermos y apoyar a sus familias. Ayudar a bien morir es tan importante como ayudar a vivir (Martínez et al., 2012).

MÁS ALLÁ DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE AVANZADA Y/O TERMINAL

Dominios del Sufrimiento

Según Martínez et al., (2012) los dominios del sufrimiento sobre los que debe actuarse en estas situaciones son los siguientes:

1. La pérdida progresiva de autonomía y de control.
2. Los miedos a la enfermedad, al abandono social y sanitario, a la pérdida de la dignidad y autoestima, al propio proceso del morir, y en especial a la situación de últimos días, además de miedos espirituales, sobre todo en los pacientes con demencia avanzada o en coma vegetativo
3. La presencia de graves complicaciones o exacerbaciones de la enfermedad.
4. La frustración y los sentimientos de fracaso.
5. La gran complejidad, dificultad y ambivalencia en las decisiones que deben tomarse.

Este perfil de pacientes también en sus últimos estadios presenta síntomas de difícil control, pero a diferencia del paciente oncológico no son tan intensos, por lo que la familia y el equipo cuidador habitualmente no tienen la misma percepción de gravedad que en la enfermedad oncológica en fase terminal.

La vulnerabilidad es utilizada por la literatura en el sentido de desastre y peligro, y comúnmente empleado para designar la susceptibilidad de las personas a problemas y daños de salud.

Inicialmente el personal de enfermería es el que debe detectar dicha vulnerabilidad, siendo además los principales garantes de cuidados, al estar a pie de cama del paciente. Por último, la incertidumbre sobre el pronóstico va a ser una constante en el manejo de los pacientes no oncológicos. Mientras que con los pacientes oncológicos en fase avanzada se han desarrollado multitud de estudios de estimación de supervivencia con comprensibles trayectorias al final de la vida, que hacen algo más abordable la estimación de supervivencia, el reto aumenta con los pacientes con patología no oncológica en fase avanzada, en los que la estimación de pronósticos se convierte, la gran mayoría de ocasiones, en algo muy difícil.

El tiempo de supervivencia no es lo más importante, sino cómo los pacientes deben ser atendidos cuando se encuentran el lecho de muerte, es decir, cómo puede y debe mejorar la calidad de sus cuidados al final de la vida. La atención al final de la vida debe garantizarse allí donde esté el paciente y por parte de todos los profesionales que le atienden. Su manejo comprende el habitual enfoque interdisciplinario y multidimensional de:

12. Paciente. Conservar su dignidad. Conocer los valores y deseos previos del paciente o identificar al cuidador principal.

13. Familia. Atención global, con ayuda en la experiencia del morir del familiar enfermo al que están cuidando; ayuda psicosocial a la sobrecarga de cuidados con formación específica de manejo no farmacológico ante los trastornos conductuales; apoyo espiritual.
14. Profesionales. Formación específica en las áreas que comprenden el grueso de los pacientes que van a ser atendidos como son pediatría, geriatría y medicina de familia, aparte de la paliativa clásica. Proximidad, accesibilidad, compromiso de atención, control intensivo de los síntomas y de las complicaciones de la enfermedad, proporcionando bienestar y confort en todo momento.
15. Recursos sanitarios y sociales. Deben ser proporcionales a las necesidades del paciente y de la familia y, sobre todo, coordinados y continuados.

Una de las herramientas con las que cuenta enfermería para desarrollar lo anteriormente descrito es la de la planificación de cuidados, mediante un proceso normalizado de intervenciones enfermeras, personalizado para cada paciente y familia, con diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y objetivos NOC (Martínez et al.,2012).

CONTROL DE SÍNTOMAS EN PACIENTES EN FASE AVANZADA DE ENFERMEDAD: UNA PERSPECTIVA ENFERMERA

Martínez et al., (2012) menciona que el control de síntomas consiste en promover el reajuste del paciente y su familia a una nueva realidad para lograr la mayor adaptación posible a la situación de final de vida. El abordaje paliativo plantea como pautas para conseguir ese reajuste: buen control de los síntomas, apoyo emocional y comunicación, apoyo psicosocial, trabajo en equipo interdisciplinario; dentro del cual, es importante que la valoración sea multidisciplinaria y multiprofesional. Profundizando en la valoración de síntomas, es de gran utilidad conocer aspectos objetivos de los mismos, tales como: la frecuencia, severidad, interferencias con la vida diaria, alteración de la autonomía, distrés psicológico que provoca, etc. Preguntas dirigidas sobre lo que más le preocupa o molesta al paciente pueden favorecer una mejor valoración del conjunto de síntomas; por último, es importante también señalar que la intensidad y repercusión de los síntomas puede diferir entre los pacientes, familiares y profesionales que los atienden.

Los casos que se han presentado de prevalencia de síntomas en pacientes en fase avanzada y fase final de la vida presentan problemas que dificultan su comparabilidad: variabilidad en la definición de síntomas, estadio de la enfermedad, uso de diversas definiciones y escalas (algunas no validadas), tipo de enfermedad oncológica o no oncológica, profesional que recoge la información, ámbito de atención, etc.

Estudios de la prevalencia de síntomas en pacientes oncológicos y no oncológicos que ponen de manifiesto los síntomas más frecuentes, apareciendo el dolor y los síntomas neuropsiquiátricos como los más prevalentes. El paciente en fase avanzada presenta un promedio de 8-10 síntomas, con alto impacto emocional, social y espiritual que condiciona una elevada necesidad y demanda de atención, son cambiantes

en el tiempo debido a la progresión de la enfermedad, a los efectos derivados de los tratamientos utilizados, y a experiencias personales de los pacientes y sus cuidadores; de ahí la necesidad de la evaluación y revaluación del paciente y de su entorno para mejorar el confort y su calidad de vida basándonos en su sistema de creencias y valores.

Síntomas más Frecuentes y Medidas de Cuidados

Nivel neurológico

Convulsiones/Medidas de Cuidado

- El manejo inicial de un paciente con crisis convulsivas en CP debe incluir la identificación y tratamiento de posibles causas desencadenantes e instrucciones a los cuidadores del paciente,

- Administración bajo indicación médica de diazepan intravenoso o vía rectal y midazolam subcutáneo son eficaces en las crisis convulsivas (MSP, 2014).

Psicológicas y psiquiátricas

Delirium/ Medidas de Cuidado

- Se deberá identificar los factores causantes *delirium*, ya que determinan la necesidad de utilizar alguna prueba complementaria y el correcto tratamiento.

- Aplicar un instrumento de valoración como Confusion Assessment Method (CAM), para la detección del delirium

- Administración bajo indicación médica de haloperidol

- La hidratación por vía subcutánea se realizará si el delirium es producido por opiodes en pacientes deshidratados.

Ansiedad/ Medidas de Cuidado

- Las medidas de apoyo psicológico al enfermo y sus allegados son la primera medida que debe proporcionarse tras la valoración individual.

- Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no es suficiente. Pueden utilizarse Benzodiacepinas.

- En caso de ansiedad asociada a depresión, delirium, disnea o dolor intenso, pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos, haloperidol u opioides.

Depresión/Medidas de Cuidado

- Se han identificado causas potencialmente tratables, valoración de los efectos adversos e interacciones con psicofármacos de los tratamientos farmacológicos previos y estimación del posible riesgo de suicidio.
- Los antidepresivos tricíclicos son eficaces en el tratamiento de la depresión en el paciente en CP.
- La depresión leve a moderada de los pacientes en CP son apoyadas de psicoterapia en.

Nivel respiratorio

Disnea/ Medidas de Cuidado:

- El uso de broncodilatadores mejora la disnea del paciente con obstrucción reversible de la vía aérea.
- Administración de oxigenoterapia
- Mantener la habitación fresca, usar ventiladores, evitar irritantes como el humo.
- Tratar de cuantificar la intensidad de la disnea y el sufrimiento asociado (usando escala 0-10).
- Los corticoides son útiles en la disnea en determinadas situaciones: EPOC, asma, enfermos oncológicos con problemas obstructivos de la vía aérea de causa tumoral o en la linfangitis carcinomatosa.
- Los opioides por vía oral o parenteral son fármacos de primera elección en el tratamiento de la disnea.

Tos / Medidas de Cuidado

- Administración de mucolíticos: N-acetil cisteína bajo indicación medica
- Si el paciente es incapaz de toser se administraran opioides: codeína, morfina, para disminuir las secreciones pulmonares. Nebulizar suero para fluidificar las secreciones

Nivel digestivo

Mucositis/ Medidas de Cuidado

- Higiene de la boca.

- Administración de fármacos preventivos en función del riesgo de desarrollar mucositis (amifostina, pasta o pastilla antibiótica y enzimas hidrolíticas).

- Valorar la mucositis mediante la escala de la OMS, a través de la puntuación de 0 a 4: siendo 0 sin signos de mucositis; 1 eritema o irritación; 2 ulceración y capacidad para comer; 3 ulceración y limitación para comer; 4 ulceración con hemorragia y necrosis.

Candidiasis Oral/ Medidas de Cuidado

- Administración de fármacos de uso tópico (nistatina) y orales (itraconazol y fluconazol).

- Los fármacos de absorción total en el tracto GI (fluconazol, itraconazol) son efectivos en la prevención de la candidiasis oral en los pacientes con neutropenia o alto riesgo de padecerla que van a recibir quimioterapia o radioterapia.

Boca seca (xerostomía)/ Medidas de Cuidado

- Higiene correcta de la boca.

- Mantener los labios y la mucosa oral limpios, suaves y sin lesiones en la medida de lo posible.

- Eliminar la placa y los restos.

- Prevenir la infección oral, enfermedad periodontal, caries y halitosis.

- Aliviar el dolor y malestar y aumentar o mantener la ingesta oral.

- Uso de estimuladores de la salivación, como chicles, frutas (piña) o hielo, y el uso de saliva artificial (como metilcelulosa).

- Administración farmacológica bajo indicación médica la pilocarpina oral.

- En la boca dolorosa, se utiliza anestésicos locales como lidocaína en gel al 2%, 15 minutos antes de la comida (se puede tragar), o el uso de la solución de Stanford.

- En la boca sangrante, humedecerla con cubitos de hielo o administrar líquidos helados.

- No cepillar los dientes. Evitar enjuagues con movimientos fuertes.

Disfagia/ Medidas de Cuidado

- Administración de dieta. En el caso de disfagia por líquidos se pueden utilizar espesantes.

- En caso de disfagia obstructiva por invasión tumoral se administrara un ciclo corto de corticoides.

- En caso de disfagia grave que no responde al tratamiento y que impide la alimentación oral, el equipo, el paciente y sus cuidadores se decidirá el uso de sonda nasogástrica o la realización de ostomías.

Náuseas y Vómitos/ Medidas de Cuidado

- Administración de metoclopramida y domperidona si está indicado.

- Los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia reciben combinaciones de fármacos como ondasetrón y corticoides.

- Se aconseja iniciar el día con alimentos secos como tostadas o galletas de sal.

- Dieta blanda, fraccionada, con bajo contenido en grasas.

- Le indicaremos al paciente que debe enjuagarse la boca para eliminar sabores y olores desagradables, inmediatamente luego del vómito, al igual que el cambio de ropa y aseo de la semiluna o recipiente que se usó para contenerlo.

Estreñimiento/ Medidas de cuidado

- Administración de laxantes (lactulosa, sales de magnesio y parafina líquida).

- Proporcionar dieta adecuada (rica en fibra e hidratación suficiente) y ejercicio adaptado.

- Si existe impactación fecal (fecalomas) se recomendara el uso de laxantes por vía rectal: supositorios (glicerina) o enemas (fosfatos, citrato sódico).

Diarrea/ Medidas de Cuidado

- Los opioides son los fármacos más utilizados en el tratamiento de la diarrea en Cuidados Paliativos.

- Administración de Loperamida eficaz en el tratamiento de la diarrea producida por quimioterapia y radioterapia.

Anorexia y Caquexia/Medidas de Cuidado

- Administración de acetato de megestrol (AM) bajo indicación médica ya que mejora el apetito y se asocia con ligero aumento de peso en pacientes con cáncer, sida y otras patologías subyacentes. Los efectos secundarios edema, fenómenos tromboembólicos.

- Control de peso y perímetro abdominal diario.

Deshidratación/ Medidas de Cuidado:

- En Cuidados Paliativos se utilizará la administración endovenosa de líquidos o la subcutánea (hipodermoclisis)
- La hidratación por vía subcutánea requiere soluciones con electrolitos y salinas. Las soluciones sin electrolitos no pueden usarse por esta vía.

Piel

Ulceras/ Medidas de Cuidado

- Realizar cambios posturales cada 2 horas.
- Colocar colchón antiescaras
- Mantener la piel limpia, seca e hidratada
- Ayudar a mantener un buen estado nutricional
- Evitar las arrugas en la ropa del paciente o de la cama.
- No elevar la cabecera de la cama por más de 30 grados.
- Si el paciente presenta incontinencia se utilizará cremas o pomadas con zinc para evitar que la piel se macere.
- Cambio de pañal frecuente y Dar masaje circular si la piel está intacta y no presenta cambios de color.
- Valorar los puntos de presión: omóplatos, talones, codos, sacro, trocánteres.
- Evitar rozamientos de las superficies cutáneas entre sí, con otros objetos y superficies.
- Para movilizar al paciente, levantarlo con la ayuda de una media sábana, no arrastrarlo.

Prurito/ Medidas de cuidado

- Higiene e hidratación de la piel
- Administración tópica de cremas y emolientes.
- Proporcionar baños con agua tibia
- Educar al paciente que debe evitar alcohol y comidas picantes.
- Mantener las uñas cortas y limpias.

- Educar sobre el uso de guantes de algodón nocturnos, y que debe evitar el calor y la ropa ajustada.
- En caso necesario y bajo indicación médica se administrarán tratamientos farmacológicos según el origen del prurito (por opioides, urémico, colestasis, paraneoplásico)

Nivel vascular

Hemorragia/ Medidas de Cuidado.

- Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento.
- Realizar vendajes compresivos en la zona hemorrágica.
- Poner tapones si es a nivel nasal o vaginal
- Administacion farmacológica de vasoconstrictores como epinefrina y prostaglandinas.
- Administración de paquete globular (MSP, 2014).

Principios generales en el control de síntomas

Según Martínez et al., (2012) a partir de estas premisas, destacamos los siguientes principios generales en el control de síntomas en pacientes con enfermedad avanzada:

- Abordaje integral

El paciente que presenta una enfermedad avanzada presenta múltiples síntomas que se hacen cada vez más intensos, generando más distrés. Por ello evaluación exhaustiva del número y magnitud de los síntomas, así como el grado de impacto en la calidad de vida, facilitarán la priorización de las intervenciones dirigidas a los síntomas que más preocupan y al abordaje integral de todas las necesidades. Por otro lado, favorecerán un tratamiento individualizado con el objetivo de no someter al paciente a exámenes inútiles, agresivos e inoportunos, y sí a atender a los pequeños detalles, a veces ignorados y poco definidos que pueden llegar a mermar el confort y la calidad de vida.

- Valorar y revalorar los síntomas

Nos permite registrar y monitorizar las respuestas en los distintos planes de actuación establecidos. El término valorar significa mucho más que cuantificar un

síntoma, es más bien ayudar al paciente a verbalizar lo que le está sucediendo. Múltiples factores pueden cambiar rápidamente la situación clínica. El síntoma que más frecuentemente se ha evaluado es el dolor; numerosos estudios hacen referencia a la utilización de escalas acerca de su intensidad e impacto; el uso de escalas validadas es una estrategia útil para estandarizar la valoración de síntomas y monitorizar la respuesta de forma objetiva. Entre ellas cabe destacar: escalas categóricas numéricas, escalas categóricas verbales y escalas visuales analógicas.

- La comunicación como herramienta esencial en la atención al paciente y a la familia

Cuando el paciente pierde su independencia y el control sobre sí mismo, causan en él sentimientos de desesperanza y de pérdida de autoestima, por lo que es necesario evitar falsas esperanzas y adecuar las expectativas del paciente y de la familia a la realidad, transmitir nuestro interés de acompañamiento y la finalidad de mejorar su calidad de vida en todo momento evitará el sentimiento de abandono y dará apoyo y seguridad.

- Establecer un plan de actuación con objetivos realistas que se adapten a las necesidades del paciente y a su entorno socio familiar en cada momento

La elaboración de un plan es importante tanto para el paciente como para sus familiares, puesto que es una herramienta elemental para mejorar el cumplimiento, además es aconsejable el uso de intervenciones no farmacológicas, ya que sí están indicadas en la solución del problema, efectivas en muchas ocasiones, con escasos efectos secundarios y que pueden ser realizadas por los propios familiares.

- Utilización de fármacos en cuidados paliativos

La población con necesidades paliativas, casi siempre polimedicada, tiene un alto riesgo de presentar interacciones y efectos secundarios. El reto de los profesionales y cuidadores junto con el paciente debe ir dirigido a:

4. Favorecer la autonomía, utilizando siempre que sea posible la vía oral. Si ésta no es posible la alternativa es la vía subcutánea.
5. Minimizar los efectos secundarios mediante la individualización y titulación de las dosis de fármacos.
6. Asegurar el cumplimiento dando instrucciones por escrito acerca de las dosis, intervalos de administración, etc

TRATAMIENTO DEL DOLOR A PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Los pacientes que reciben cuidados paliativos presentan dolor que representa algo más que una sensación nociceptiva e incluye aspectos que tienen que ver con la condición humana, como la personalidad, la afectividad y las emociones, y las relaciones psicosociales (Díaz, 2010).

Clasificación del Dolor

- Según la duración:
  - Agudo: producido por estímulos nociceptivos somáticos o viscerales de inicio brusco y corta duración.
  - Crónico: dolor que persiste, sea cual sea su intensidad, más de un mes.
  - Irruptivo: dolor de intensidad moderada o intensa que aparece sobre un dolor crónico puede ser de inicio inesperado o previsible.
- Según su fisiopatología:
  - Dolor somático: se produce por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales. Por ejemplo, el dolor óseo metastático.
  - Dolor visceral: causado por infiltración, distensión o compresión de órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal.
  - Dolor neuropático: causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral, como consecuencia de la quimioterapia o por infecciones en un paciente debilitado (herpes zóster, etc.).
  - Mixto: coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente.

Eficacia Del Tratamiento Farmacologico

La escalera analgésica de la OMS ha sido aplicada universalmente la misma que presenta tres escalones:

e. Primer escalón: corresponde a los analgésicos no opioides (paracetamol y AINE). Los AINE y el paracetamol se han mostrado eficaces frente a placebo. Son la primera opción en el dolor de etiología ósea, como es el caso de las metástasis.
f. Segundo escalón: corresponde a los opioides débiles: codeína y tramadol.
g. Tercer escalón: está constituido por los opioides potentes. El fármaco de elección es morfina, que puede utilizarse por vía oral tanto de liberación rápida (solución o comprimidos) como de liberación retardada, por vía IV o subcutánea (con posibilidad de usarla en bombas de infusión).

Efectos Secundarios de los Opioides

- ✓ Náuseas, vómitos, estreñimiento
- ✓ Xerostomía, retención urinaria, hipotensión postural
- ✓ Sedación, deterioro cognitivo mioclonias, alucinaciones, delirium, hiperalgesia, convulsiones
- ✓ Prurito e Hipersudoración (Díaz, 2010).

Escala de Evaluación del Dolor

Escala visual analógica (EVA)

Según Díaz, (2010) en esta escala la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm, siendo uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”, siendo la distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes. Aunque la escala no ha sido específicamente testeada para pacientes en terapia intensiva, ésta es frecuentemente utilizada con esta población.

Para algunos autores esta herramienta es válida y tiene ventajas más que otras ademas es fácil de comprender, correlaciona bien con la escala numérica verbal. Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de ±2mm. Por otro lado tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado.2

Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. En algunos estudios definen la presencia de Dolor cuando la EVA es mayor a 3.

Terapias Coadyuvantes

Los fármacos coadyuvantes se emplean en el tratamiento de diversas patologías y tipos de dolor, que responden de manera insuficiente a los analgésicos propiamente dichos. Existen clases muy diversas como son:

- Antidepresivos.- utilizados en el tratamiento del dolor y en el tratamiento de la depresión. En cuanto a los efectos secundarios destacan: boca seca, estreñimiento, somnolencia, retención urinaria, congestión nasal, visión borrosa, íleo paralítico, glaucoma, desorientación, delirios, alucinaciones, palpitaciones y taquicardia, aumento de peso, sudoración de abstinencia, ansiedad, palpitaciones, irritabilidad, trastornos del sueño.
- Antiepilépticos.- Se emplean en el tratamiento del dolor neuropático, sobre todo para los dolores lancinantes (tipo calambrazo).Entre estos se encuentran la gabapentina y pregabalina. Los efectos adversos más frecuentes se producen por su acción a nivel del SNC.
- Neurolépticos.- se utilizan en el tratamiento de psicosis esquizofrénicas como: Levomepromazina, los efectos secundarios son reacciones extrapiramidales, distonías, sedación, hipotensión, aumento en la secreción de prolactina, neuroléptico maligno.

- Ansioliticos.- indicado en el tratamiento de la ansiedad y la agitación, no tiene acción analgésica directa. Como clonacepam, producen ansiolisis, sedación y amnesia.
- Corticoides.- acción antiinflamatoria y antiedematosa alivian el dolor al disminuir la compresión sobre estructuras nerviosas. Los efectos secundarios son miopatía, hipertensión arterial, osteoporosis, menor tolerancia a la glucosa, hiperglucemias, transtornos de la función sexual, estrías, petequias, acné, hirsutismo, retención de sodio, hipopotasemia hipocalcemia (Azkue, 2010)

LA BIOÉTICA Y LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Moralmente la práctica de los cuidados enfermeros al final de la vida consiste en ser apoyo, tanto para el paciente como para su entorno próximo, mejorando la calidad de vida para los pacientes, y esto pasa por dos elementos de virtud:

- La comprensión, reconocer a los pacientes como seres humanos, con un proyecto personal, a quienes les debemos reconocimiento como sujetos de cuidado, eliminando los elementos de objeto de cuidado de la etapa tecnológica y de ayudantes de otros profesionales imperativa de décadas anteriores.
- La compasión, reconocer en el otro su padecimiento, más allá de la empatía, llegar a entrar en su piel.

Logrando entenderle, lo que producirá la práctica del cuidado excelente y humano que se realiza a través de una concepción integral de los cuidados, diseñados en un plan a partir de las necesidades individuales, donde los valores personales, culturales y religiosos y las creencias de cada una de las personas a las que cuidamos están presentes como punto de acción, en el diseño del mismo y acordados en su trayectoria de desarrollo con el paciente. Los profesionales de enfermería tienen, por tanto, que estar preparados para proporcionar acciones de cuidado que se reflejan en el cómo asistir, entender, suplir, supervisar, acompañar y ayudar a cualquier ser humano en los difíciles momentos en los que se convierte en un paciente que necesita de cuidados paliativos y todo el proceso que sigue hasta la muerte.

El término «cuidar», en el diccionario de la Real Academia Española de la lengua (RAE), alude a acciones que indican «esmero, poner atención, asistir, prestar ayuda, guardar, conservar, custodiar, discurrir o pensar, en la solicitud y ejecución de una cosa». Pero también cuidar significa reconocer al otro, sentir compasión, reconocerle en su dignidad, y desde ese reconocimiento, ser capaz de hacer por el otro lo que uno haría por sí mismo si le fuese posible; de ahí la importancia de mantener la presencia y el acompañamiento en el final de la vida.

Una enfermera tiene el deber ético de cuidar por encima de que sea su trabajo como miembro de un equipo de profesionales sanitarios, porque se adquiere un compromiso con el otro de hacer por él cuando él no pueda, y esto le obliga como

garante en la gestión de los valores del paciente cuidado ante las acciones que los equipos que le proponen; se convierte en la voz del paciente en el equipo. Así Tschudin menciona que el cuidar es más que la simple bondad, es un preocuparse por el otro, es un introducirse en su condición de ser humano y añade que la compasión es algo que solo conocemos por la experiencia. El cuidar puede ser profesional pero la compasión ha de ser experimentada. El cuidar puede ser aprendido, pero la compasión surge después de ser herido y mostrar compasión. No mostramos una actitud compasiva por obligación sino por solidaridad. Para Mayeroff, cuidar consiste en ayudar al otro a crecer; significa animarle y asistirle para que sea cuidado. Buber también consideró que el cuidar era una relación dialógica entre un «yo» y un «tú», y que la relación constituía el fundamento de la humanidad (Martínez et al., 2012).

Aspectos éticos en la práctica de enfermería

La ética de la responsabilidad, constituye la matriz más adecuada para elaborar la ética de los cuidados que sea capaz de integrar el respeto a los principios con la ponderación de las circunstancias concretas del caso, tomando decisiones respetuosas, razonables y prudentes.

La ética de los cuidados es una cuestión de razonamiento práctico acerca de pacientes determinados, casos específicos y situaciones únicas. El cuidado de su realidad peculiar y el respeto por ella pueden llevar a decisiones que no siempre podemos mostrar que sean consistentes, dado que su aplicabilidad se centra en la persona, su situación, sus valores y su propios deseos.

La dignidad humana

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2010) hace abundantes referencias a la dignidad humana y en el preámbulo reconoce que: «El respeto a la dignidad humana debe ser tenido en cuenta a la hora de examinar los problemas éticos que suscitan los adelantos de la ciencia y sus aplicaciones tecnológicas». Y más adelante dice: «La dignidad humana debe ser reconocida en la promoción del bienestar humano como misión de los adelantos científicos y tecnológicos».

Las enfermeras prestan una atención de cuidados integrales, contemplando cuidados cotidianos y rutinarios en todas las esferas del ser humano, tanto aspectos psicológicos como espirituales del paciente. Además, se hace imprescindible un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de su muerte.

Roles de la enfermera en la provisión de cuidados al final de la vida

- Aliviar el sufrimiento del paciente

El sufrimiento es un estado de malestar grave que experimenta la persona cuando algún aspecto crucial de ellos, su ser, o su existencia se ve amenazada. Durante mucho tiempo se asimilaba el sufrimiento con el dolor. Kahn y Steeves sugieren que, aun cuando el sufrimiento puede estar relacionado con el dolor, la percepción del cual casi siempre está fundamentada en alguna causa física, el sufrimiento se deriva más de la valoración del individuo del significado del dolor experimentado, no del estado de dolor físico por sí mismo. El sufrimiento mostrado puede derivar de otros aspectos de la persona, incluyendo aspectos cognitivos, emocionales, espirituales, sociales y culturales, de la identidad de la persona, no sólo su aspecto físico.

- Enfermeras como defensoras de la salud del paciente

El ser defensor de un paciente da a la enfermera una función en cierto modo de confrontamiento en el cuidado de la salud. En la cabecera de la cama, la enfermera defiende al paciente y se asegura de que esté protegido de daños, de eventos adversos prevenibles. Si alguien involucrado con el cuidado del paciente actúa de manera insegura, poco ética o incompetente, se espera que reporte esto o intervenga con una acción adecuada para salvaguardar a los individuos, familias y comunidades cuando su salud esté en peligro por colaboradores u otras personas.

- La enfermería trabaja en conjunto con equipos de salud

En la actualidad muchos médicos dependen de la experiencia de las enfermeras, con quienes forman equipos eficaces. Se trata de establecer relaciones cooperativas como asociación igualitaria, y es imprescindible que la enfermera aporte su visión y su experiencia próxima con los pacientes, pudiendo ejercer el rol de garante de la autonomía de éstos, así como quien vela por los deseos y valores de los pacientes para que entren en juego en la planificación de las acciones terapéuticas. Los conflictos que se generan son comunes y resultan, con frecuencia, inevitables, pero cómo se manejan depende, en parte, de cómo cada profesional ve la relación y la naturaleza del conflicto. Los conflictos éticos entre médicos y enfermeras que con más frecuencia se presentan en la práctica clínica de las relaciones de los equipos son los que tienen que ver con discrepancias en relación con la información o la oferta terapéutica, de ahí que resulte clave potenciar los espacios de trabajo en relación como las reuniones interdisciplinarias de caso, en las que sólo el beneficio y la autonomía del paciente son el eje de la discusión y del acuerdo.

- La planificación de atención anticipada de enfermería

Se trata de que la enfermera, mediante una entrevista estructurada junto con el paciente, conozca el tipo de atención que el paciente desea recibir en cada momento; de acuerdo con su manera de pensar y con sus deseos se establece una relación de confianza y es la enfermera la que recoge los deseos del paciente; en ella deposita su legado, previendo las situaciones futuras y tomando decisiones sobre cómo proceder ante los sucesos que pueden acontecer por la historia natural de su enfermedad, tomar

decisiones sobre la representación, elemento clave para el futuro, quién se desea que vele por los intereses del paciente para que se lleven a cabo sus instrucciones. Se trata de planificar y no dejar a lo ocasional las intervenciones. Las herramientas de la planificación son el consentimiento informado.

La planificación repercute positivamente en la construcción de una historia de valores, ayuda a definir el documento de las instrucciones previas y potencia el trabajo en equipo, este último es quizás, uno de los beneficios ocultos y clave dado que la enfermera es quien realiza la entrevista y recoge información para que el médico posteriormente trabaje con esta planificación. En los países en los que ya se aplica esta herramienta se considera a la enfermera el miembro del equipo más capaz y próximo para la aplicación de este instrumento previo a la declaración de las instrucciones previas.

CALIDAD DE VIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS

La OMS define a la calidad de vida como la «percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones». El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares.

Con frecuencia se equipara calidad de vida con control de síntomas físicos, pero rara vez se analizan sentimientos de aislamiento, culpa, vergüenza, realización personal, sentimientos de apoyo y afecto. Resulta obvio que se trata de áreas más difíciles de evaluar, pero de gran importancia. La necesidad de incorporar las valoraciones y preferencias del paciente distingue claramente la calidad de vida de otras mediciones de salud. La European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) tiene un grupo de trabajo para el estudio en calidad de vida, uno de cuyos objetivos es el desarrollo de cuestionarios para su evaluación y análisis en ensayos clínicos internacionales. En cuidados paliativos puede ser de interés utilizar instrumentos genéricos de calidad de vida, adaptados al español como el perfil de calidad de vida en enfermos crónicos, el perfil de salud de Nottingham y láminas COOP-WONCA, siendo el autoinforme el procedimiento más empleado en la atención paliativa (Martínez et al., 2012).

Problemas en la medición de la calidad de vida en pacientes con enfermedad avanzada

Para evaluar la percepción de amenaza es difícil disponer de instrumentos adecuados que permitan acompañar al padecimiento de una enfermedad avanzada y en su fase terminal, por lo que es de suma importancia su reconocimiento en nuestros pacientes, pues si bien el control del dolor se encuentra, en gran medida, en nuestras manos, no ocurre lo mismo cuando hablamos de controlar el sufrimiento (Martínez et al., 2012).

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE UNA RESPONSABILIDAD PARA ENFERMERÍA

- Seguridad de pacientes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad de los pacientes es la evitación, prevención y mejora de resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. La seguridad del paciente es un subconjunto de la calidad de la atención sanitaria. Un evento adverso es la lesión causada por tratamiento o complicación médica, no por la enfermedad de fondo, que da lugar a hospitalización prolongada, discapacidad en el momento del alta médica, o ambas cosas.

Según los conceptos preconizados por J. Reason, la seguridad de los pacientes en una organización implica:

- ✓ La estrategia organizativa.
- ✓ Su cultura.
- ✓ Su gestión de la calidad y de la prevención de riesgos.
- ✓ Su capacidad de aprender de los errores

Estudios internacionales de investigación muestran que aproximadamente el 10% de los pacientes que se encuentran en un hospital sufren un evento adverso. Las causas más frecuentes son:

1. Inadecuado manejo de medicamentos.
2. Infecciones nosocomiales.
3. Complicaciones perioperatorias.

Implicación de la enfermería en la seguridad de pacientes

Los responsables del cuidado que se presta a los pacientes y los que estamos en contacto más directo con ellos son los profesionales de enfermería, por tanto son los indicados para facilitar la implicación de los pacientes y sus familias en el proceso asistencial, promoviendo mejor información, cumplimiento terapéutico, trato más personalizado y humano e impulsar la calidad de la atención sanitaria. Según el estudio ENEAS, el 7,6% de los eventos adversos hospitalarios están relacionados con los cuidados y el 56% de ellos son evitables. La calidad de cuidados depende de factores de organización y de práctica enfermera. Estos últimos se ven influidos por el número de enfermeras y por su formación.

- Gestión de riesgos

Tiene como objetivo prevenir y mitigar las consecuencias que afecten al paciente, el sistema y al profesional sanitario.

Esta gestión puede ser reactiva (aprender de las cosas que han ido mal) o proactiva (prevención de los hipotéticos riesgos). Es preciso incrementar la cultura de la seguridad, entendida como patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basada en creencias y valores compartidos, que busca reducir al mínimo el daño que pueda sufrir el paciente en el proceso de atención. Para ello es básica la formación del personal sanitario para enfocar los problemas de seguridad desde la perspectiva del sistema. Se debe disponer de herramientas que hagan posible y real la participación de los profesionales de enfermería en la gestión de riesgos, y deben poder aplicarlas a los diferentes servicios de cuidados paliativos que ejercen su actividad en domicilios, hospitales, residencias, centros penitenciarios, etc. Entre las herramientas disponibles están

- El diagrama de pareteo, su utilidad es identificar y dar prioridad a los problemas más significativos de un proceso, y evaluar su comportamiento comparando los datos entre el «antes» y el «después»
- El análisis causa-efecto es un proceso secuencial de preguntas estructuradas para buscar los errores latentes subyacentes en un suceso centinela (evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente).
- El análisis modal de fallos y sus efectos permite identificar, evalúar y diseñar estrategias de mejora de los posibles fallos, realizando un análisis de los efectos que éstos producen, a partir de causas, gravedad, frecuencia y posibilidad de detección (Martínez et al., 2012).

FORMACIÓN DE ENFERMERA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados paliativos y planes de estudio de enfermería

En la actualidad conviven en la práctica asistencial enfermeras formadas en los planes de estudios de ayudantes técnicos sanitarios (ATS) y diplomados en enfermería (DE) y se están integrando los primeros graduados en enfermería. Los cuidados paliativos se han ido incorporando de manera progresiva desde la no inclusión (en los estudios de ATS), a la optatividad (en la diplomatura) y la obligatoriedad (en los estudios de grado). Concretamente, la orden por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermera, afirma textualmente que los estudiantes deben: «Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales (Osakidetza, 2011).

Cuidados paliativos y formación posgrado

Son varias las ofertas de formación para posgrado y es cada vez más amplía en función de las demandas, así las universidades españolas, públicas y privadas, incorporan a su oferta formativa másteres oficiales en ciencias enfermeras, médicas y sociosanitarias, que pueden resultar de interés para las enfermeras, estableciendo criterios de selección para la admisión en función de la demanda o las características del máster (Osakidetza, 2011).

Cuidados paliativos y formación especializada

El Real Decreto establece siete especialidades de enfermería a las que se puede acceder desde la diplomatura o el grado en enfermería. Se trata de especialidades en ciencias de la salud, cuyo sistema de aprendizaje es el denominado sistema de residencia. En el momento actual se han desarrollado los programas formativos de todas las especialidades, excepto enfermería de cuidados médico-quirúrgicos. De las especialidades desarrolladas, dos de ellas establecen competencias en cuidados paliativos: Enfermería Geriátrica y Enfermería Familiar y Comunitaria (Osakidetza, 2011).

Cuidados paliativos y formación continuada

El techo académico que establecía la diplomatura hasta el año 2006 y la falta de desarrollo de las especialidades han contribuido a que, durante años, la formación en cuidados paliativos se haya centrado en actividades de formación continuada organizadas por centros asistenciales del sistema sanitario, asociaciones científicas, asociaciones de pacientes, fundaciones, colegios profesionales, sindicatos y otros. Este tipo de formación se ha ido adaptando a las nuevas tecnologías, de forma que a los cursos presenciales se han ido sumando los cursos a distancia y finalmente los virtuales (on line), conviviendo en la actualidad todos ellos. Existen en la red múltiples enlaces que dan acceso a cursos de estas características (Osakidetza, 2011).

METODOLOGÍA DEL CUIDADO EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PALIATIVA

Modelos Conceptuales

Según Martínez et al., (2012) muchos pueden ser estos modelos conceptuales, pero por su equilibrio entre abstracción y aplicabilidad tomaremos como referencia la teoría general del déficit de autocuidado propuesta por D. Orem, en este se entiende que el cuidado paliativo acontece cuando existe una situación de salud que debe paliarse, patológica o no, de la que no se espera mejoría y que irrevocablemente desencadena la muerte.

Se convierte esta situación en un factor condicionante de especial relevancia, pues condiciona la capacidad para cuidarse a uno mismo, y es limitante para la cantidad de cuidados que cada quien requiere en un momento determinado con una evolución en aumento tanto por el número como por su complejidad.

La situación de salud paliativa condiciona, a su vez, cualquier requisito de autocuidado, afectando a la respiración, a la provisión de agua y alimentos, a la higiene, a la actividad y el descanso, al equilibrio entre la soledad y la interacción social, a la capacidad de prevenir peligros y a la propia normalidad de la persona.

Este modelo también explica que si contemplamos que en una situación de salud paliativa, el entorno de las personas que acompañan como cuidador principal y su familia, nos encontramos ante una situación que afecta al desarrollo de dichas personas y a la satisfacción de sus propios cuidados al transferir parte de su capacidad de cuidado hacia la persona afectada.

Regulación de los cuidados de salud que recibe la población

Para regular los cuidados que se prestan a la población, muchos han sido los cambios normativos que se han ido produciendo en los últimos años

1. La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que sitúa al enfermero como máximo responsable de los cuidados de enfermería.
2. El Real Decreto en el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado.
3. El Real Decreto sobre Especialidades de Enfermería: que explicita los ámbitos en los cuales las características del cuidado condicionan el diagnóstico y el tratamiento.
4. El Real Decreto que aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Gracias a estas regulaciones se garantizan el presente y el futuro de los cuidados sanitarios que recibe la población pues una vez definidas las responsabilidades profesionales de acuerdo a su función, todas las normativas coinciden en situar el proceso de atención de cuidados, tradicionalmente denominado metodología enfermera como el método garante de la clínica enfermera (Martínez et al., 2012).

Garantizar los Cuidados

1. Los usuarios deben tener una enfermera responsable, lo que significará cambios organizativos importantes, sobre todo en instituciones hospitalarias o residencias de cuidados.
2. Como indica el Real Decreto, toda persona debe poseer una valoración con un modelo de cuidado de referencia en el que se indiquen los resultados clínicos significativos.
3. Debe quedar constancia del juicio enfermero que justifique la atención a las personas y que fundamentará la revisión de los casos, tal y como sucede para otras disciplinas.
4. La enfermera de ser responsable en responder de la fundamentación clínica de lo registrado y de lo no registrado.

5. Ya no se podrá obviar el elemento diagnóstico ni en la clínica ni en los sistemas de información de cuidados, pues contravendría la normativa que permitirá el conocimiento de las necesidades de salud de la población, así como a cada persona atendida por una enfermera el motivo por el que es tratado.
6. Los sistemas de registro clínico, que simulan elementos de ayuda al proceso asistencial, no pueden continuar haciendo que el profesional deje por escrito la ausencia de un juicio clínico, o que rubrique juicios clínicos estandarizados alejados de la clínica real de sus pacientes.

Por encima de todo se encuentran cada enfermera y las personas a las que trata: ellas son la máximas responsables de ver lo que se debe ver en el ámbito del cuidado, identificarlo y diagnosticarlo para ayudar a que cada persona solucione, o en caso de imposibilidad, palie las limitaciones de cuidados que cada situación vital (Martínez et al., 2012).

LA MUERTE, DIFERENTES ACTITUDES

Nunca el hombre ha dejado de reflexionar sobre la muerte, origen, causas, significado y consecuencias, porque la muerte es, sin duda, un tema humano, es quizás, el rasgo más cultural del ser humano. Desde que éste entierra a sus muertos puede decirse que se distingue del resto de las especies; introduce la racionalidad en el proceso físico de la naturaleza, siendo consciente de que es un ser distinto dentro de la escala zoológica. El animal crece, envejece y tras esto muere. El hombre también, pero con unas diferencias: El hombre es el único animal que sabe que envejece. El hombre es el único animal que sabe que va a morir. El hombre es el único animal al que le duele la vejez y le teme a la muerte. El estudio sistemático de cremaciones y tumbas ha permitido hacer aproximaciones sobre la morbilidad, mortalidad y esperanza de vida de estos pueblos (Martínez et al., 2012).

La muerte y la sociedad

La muerte es vista de diferentes perspectivas por cada pueblo, cultura o civilización, y en paralelo a ella se desenvuelve un sistema en el que integra todos sus contenidos significativos: valores, creencias, ritos o costumbres. El antropólogo francés Thomas, en el año 1975, estudió las características de la muerte en la sociedad occidental en relación a la cultura negro-africana y puso de manifiesto importantes diferencias. La muerte genera en la sociedad una gran variedad de actitudes. Hay sociedades que intentan tapar y difuminar mediante eufemismos y estereotipos la realidad de la muerte, y otras, como es el caso de los torajas en Sulawesi (antes llamadas Islas Célebes) en Indonesia, que se podría decir que viven para ella. Su cultura destaca por los largos procesos funerarios y enterramientos en cortados, donde colocan en plataformas como si se tratase de balcones, las efigies de los difuntos denominadas Tau-Tau. Podríamos diferenciar situaciones históricas: en un extremo podríamos hablar de la sociedad actual occidental en la que predomina el triunfalismo, la competitividad, y el

vivir el aquí y el ahora sin pensar en la segura muerte, en el otro extremo pondríamos a la sociedad egipcia, como un pueblo que organizaba su vida en función de la muerte.

Desde una perspectiva histórica, el sociólogo francés Ariès concibe que pudiéramos distinguir diferentes períodos en la historia de Occidente en cuanto a la percepción con respecto a la muerte.

- ✓ Del siglo VI al siglo XII

Los difuntos son seres familiares y el hombre es el maestro de su muerte, que no es experimentada como una interrupción de la continuidad del ser.

- ✓ Del siglo XII hasta el siglo XV

Predomina el amor visceral por las cosas y el sentido de la biografía, por lo cual la muerte es percibida como la pérdida del «yo».

- ✓ A partir del siglo XVI

El difunto fascina, pero los cementerios empiezan a alejarse del centro de las ciudades; de este modo la muerte se siente próxima y lejana.

- ✓ En el siglo XIX

La característica principal es la del rechazo patético de la muerte del otro, demostrándolo a través de ruidosos duelos y un cierto «culto de cementerio.

- ✓ En el siglo XX y en lo que llevamos de siglo XXI

La muerte es «inversée», se generaliza el rechazo hacia el duelo y los difuntos. El hombre deja de ser el «maestro» de su muerte y la encomienda a los profesionales (funerarias, servicios de tanatología, entre otros) (Martínez et al., 2012).

Reflexiones sobre las consideraciones actuales del morir

- Ocultamiento de la muerte al enfermero

La mentalidad del siglo XX registró un cambio más, la muerte se convierte en algo prohibido. La nueva actitud comienza por un deseo de no alarmar al enfermo, al que se le oculta su suerte. El ocultamiento de la muerte se presenta incluso como un deber moral porque se ha de preservar la felicidad, algo heredado del siglo XIX. Lo que antes era una obligación para el médico, esto es, el hecho de informar primero al paciente sobre todo su proceso, en la actualidad puede considerarse un «problema clínico».

No somos inmortales por otro lado, con el aumento de la esperanza de vida, que en los países desarrollados está en 75-80 años, muchas enfermedades infecciosas antes

mortales han desaparecido, como la viruela, y otras han aparecido como el sida, que en la actualidad es más crónica que mortal en el mundo desarrollado; ha disminuido la mortalidad infantil pero, sin embargo, esta prolongación de la vida no nos hace inmortales, sino que tenemos que pagar un precio y éste es el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas e invalidantes (envejecimiento, cáncer, enfermedades degenerativas del sistema nervioso, arteriosclerosis, osteoporosis, insuficiencias orgánicas, etc.). Lo que bien es cierto es que todos pasamos por ahí, la muerte forma parte de la vida: «Es la puerta de la comprensión de la Naturaleza humana, de la lucha y supervivencia humana y, en última instancia, de su evolución espiritual (Martínez et al., 2012).

- La espiritualidad vs los valores científico-técnicos

La cultura occidental ha experimentado un cambio de la orientación espiritual de la vida y la muerte hacia valores científico-técnicos, económicos y de interés. Muchos enfermos incurables sufren una especie de contrasentido al sentirse sorprendidos por una asistencia médica más interesada por el buen funcionamiento de su cuerpo que por sus preocupaciones, síntomas y prioridades actuales. Además, el proceso de morir se ha desplazado desde la familia y el hogar hasta los profesionales sanitarios y los hospitales, de tal manera que aproximadamente el 90% de los fallecimientos en una población urbana se producen en instituciones hospitalarias (Martínez et al., 2012).

El alto nivel científico alcanzado en las técnicas de reanimación y procederes para mantener vivas a las personas ha hecho que la muerte deje de contemplarse como un fenómeno supernatural para convertirse en un «accidente» que, de alguna forma, puede ser controlado por el hombre. Aunque los hospitales actuales están dotadas de una sofisticada tecnología, personal sanitario altamente cualificado, técnicos auxiliares, muchas veces todo esto no tiene sentido, debido a que el enfermo no puede curarse. Si la medicina cree que su finalidad más importante es salvar a las personas de la muerte, nunca lo logrará, por ello la batalla principal debe ser luchar con la muerte prematura y no contra la muerte en la vejez. Además esta lucha contra la muerte provoca que el individuo pierda algo que siempre le ha pertenecido, el momento de su muerte.».

La formación médica y de enfermería sigue orientada a curar, no a cuidar al enfermera, por lo que es notable que en la universidad no se dedique una parte del programa a discusiones éticas referentes al tratamiento de enfermos en situación avanzada y al final de su vida y al modo de transmitir al paciente y a la familia el diagnóstico, el pronóstico y el cuidado de la enfermedad. La enfermera ejerce su profesión en instituciones cimentadas en el modelo biomédico y curativo, lo que provoca que lo humano se reduzca a una expresión biológica, alejando su trabajo de la visión humanista y holística del cuidado (Martínez et al., 2012).

- Necesidad de cambiar el modelo

Hay que dar oportunidad al enfermo de gestionar su muerte y no sólo su vida. Cuando un paciente que quieren morir y pide ayuda es porque se encuentra en unas condiciones que considera peores que la propia muerte, pudiendo deberse a síntomas físicos, problemas psicoemocionales simplemente, a un sufrimiento intolerable de falta de sentido de la vida y vacío existencial. La incertidumbre, el miedo y la ausencia de expresión de sentimientos hacen que los pacientes y sus familias estén ansiosos y sometidos a un gran estrés. Las familias dan por sentado que el enfermo no soportará la verdad, pero ignoran que ya lo sabe y está solo soportando su peso. Existe un rechazo institucional al muerto o al que va a morir. El hospital y el personal sanitario imponen al moribundo lo que ya identificaron dos sociólogos norteamericanos, Glaser y Straus, como el «estilo aceptable de morir», esto es, que el paciente sepa o no que va a morir no debe demostrarlo, en definitiva, molestar lo menos posible y no dar lugar a escenas que puedan perturbar la serenidad del hospital (Martínez et al., 2012).

f. METODOLOGÍA

Materiales y Métodos

El diseño o tipo de estudio

El método de investigación que se va a utilizar en el presente estudio es de tipo cualicuantitativo, que permitirá detallar los conocimientos de cuidados paliativos en el personal de enfermería. El diseño a utilizarse será no experimental, descriptivo y transversal. No experimental porque no se manipularán las variables a estudiar, descriptivo porque las variables de Conocimientos de Cuidados Paliativos en el Personal de Enfermería del Hospital Oncológico Solca-Loja serán descritas de acuerdo a resultados obtenidos haciendo relación con otros estudios alrededor del tema.

Población del Universo o Muestra

El grupo a investigarse es de 56 miembros del personal de enfermería, de ambos sexos, de distinto nivel académico, antigüedad y de todas los departamentos del Hospital Oncológico de Solca-Loja

Variables, Dimensión y Medición

Es presente estudio presenta una variable independiente y una dependiente. Como variable independiente, los Profesionales de Enfermería, con su dimensión atención y cuidados integrales a todas las personas que lo necesiten, como variable dependiente Cuidados paliativos cuyas dimensiones son aspectos generales de cuidados, control del dolor, manejo de síntomas, cuidado espiritual, familiar y psicosocial. Los mismos que se midieron con respuestas cerradas verdaderas y falsas, teniendo en cuenta las respuestas correctas e incorrectas. Se califica teniendo en cuenta el número de respuestas correctas e incorrectas, puntuando con un punto cada respuesta correcta y cero las incorrectas.

Métodos, Técnicas e Instrumentos

El método de recolección de datos para el análisis del problema es la encuesta que se la realizará a través de un cuestionario adaptado y basado en el artículo de investigación "Exploración del conocimiento sobre cuidados paliativos en el Centro de Reumatología" por (López et; al, 2014), con preguntas cerradas donde se explora el nivel de información acertada o no, que tiene el individuo sobre los Cuidados Paliativos, en el cual habrá intervención para el llenado del instrumento (Anexo 3).

Procedimientos para la recolección de datos

Para la recolección de la información, se contará con la autorización de la coordinación de enfermería y director de tesis, así como de los directivos del hospital, también se elaborará un consentimiento informado (Anexo 2), para cada uno del personal que realizará el llenado del instrumento.

Área de Estudio

La investigación se realizará en el Hospital Oncológico SOLCA_ Loja, esta es una institución de salud, de alto nivel científico, tecnológico y humano. Se encuentra ubicado en la Avenida Salvador Bustamente Celi, sector Jipiro. El mismo que ofrece algunos servicios como chequeo preventivo oncológico, consulta externa, laboratorio clínico, laboratorio de patología, laboratorio de citología, Diagnostico e Imagen, Cirugía, Oncología, Oncopediatria, Radioterapia, Cuidados Paliativos, fisioterapia, Gastroenterología y Farmacia. Tiene como propósito controlar el cáncer de la comunidad, para así reducir su morbilidad y mortalidad, mejorando la calidad de vida del paciente y su familia (Solca Núcleo de Loja, 2015).

Fuentes de Información

El estudio de investigación se lo desarrollará en el periodo septiembre 2016 – marzo 2017, el tiempo para la recolección de los datos es de dos meses, durante Octubre y Noviembre del 2016.

La fuente primaria de información se conseguirá a través del instrumento empleado para recoger los datos, la fuente secundaria se la obtendrá por medio de fuentes bibliográficas en artículos, revistas y en libros virtuales.

Plan y Tabulación de Análisis

La presentación del producto investigativo se realizará mediante tablas los cuales serán ingresados al programa Excel para luego ser analizados, tabulados y graficados.

Aspectos Éticos de la Investigación

Para la aplicación del instrumento se proporcionara un consentimiento informado (anexo 3). Esta información brindada por el personal de enfermería será tratada de manera confidencial, es importante mencionar que el cuestionario aplicado será anónimo.

e. CRONOGRAMA

El tiempo establecido para realizar las actividades propuestas se indican en el siguiente cuadro

FECHA ACTIVIDAD	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016	Septiembre 2016	Octubre 2016	Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017
CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO												
APROBACIÓN DEL PROYECTO Y DESIGNACIÓN DE DIRECTOR DE PROYECTO												
CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO												
RECOLECCIÓN INFORMACIÓN												
TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS												
ELABORACIÓN DEL PRIMER BORRADOR DEL PROYECTO												
ELABORACIÓN DEL SEGUNDO BORRADOR DEL PROYECTO												
ELABORACIÓN DEL TERCER BORRADOR DEL PROYECTO												
ENTREGA DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO												

Elaborado por: **(Acaro, 2016).**

f. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

La presente propuesta de investigación será autofinanciada, Los precios por cada actividad que se realizara se aprecia en la siguiente tabla.

RECURSOS ACTIVIDAD	HUMANOS	MATERIALES	TÉCNICOS	FINANCIEROS
1. Elaboración y ejecución del proyecto	**Investigador**	**Papel** **Computadora** **Impresora**	**Programa de Word**	**250**
2. Recolección de datos y análisis de datos.	**Investigador** **Personal de enfermería**	**Instrumento de recolección de datos**	**Programa Word**	**100**
3. Elaboración del primer borrador	**Investigador**	**Papel** **Tinta de impresora.**	**Programa Word y exel.**	**20**
4. Elaboración del segundo borrador		**Papel** **Tinta de impresora.**	**Programa Word y exel.**	
5. Elaboración del tercer borrador.	**Investigador**	**Papel**		**20**
6. Elaboración del informe final.	**Investigador** **Investigador**	**Tinta de impresora.** **Papel** **Tinta de impresora.**	**Programa Word y exel.** **Programa Word y exel.**	**20** **20**
TOTALES				**430**
Elaborado por: (Acaro, 2016)				

i. BIBLIOGRAFÍA

Azkue, J., Callejo-Orcasitas, A., Gomez-Vega, C., La-Torre, S., Arizaga-Maguregui, A., & Ortiz-Pereda, V. et al. (2007). Analgésicos coadyuvantes en el tratamiento del dolor. Gac Med Bilbao, (104), 156-164. Retrieved from http://file:///C:/Users/KARLA/Downloads/S03044858077459 61_S300_es%20(1).pdf

Codorniu, N., Bleda, M., Alburquerque, E., Guanter, L., Adell, J., García, f., & Barquero, A. (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Scielo, 20(1-2), 1-3. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011001100115

Díaz, P. (2010). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología, 28(3), 139-143. Retrieved from http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos_de_dolor.pdf

Medina, L., Cruz, A., Sánchez, M., & Pedraza, A. (2012). Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. Redalyc, 17(2), 2-7. Retrieved from http://www.redalyc.org/pdf/473/47323278008.pdf

Trujillo, Z., Paz, F., Sánchez, M., Nava, G., García, C., & Ochoa, A. et al. (2013). Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de la salud, ante la muerte y el trabajo emocional. Revista Mexicana De Neurociencia, 14(1), 1-6. Retrieved from http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2013/rmn131b.pdf

Urra, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de jean watson y su teoría de cuidados transpersonales. Revista Ciencia Y Enfermería, 3, 11-22. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002

Young, P., Hortiz de Smith, V., Chambi, M., & Finn, B. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Revista Médica De Chile, 139, 807-813. Retrieved from http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n6/art17.pdf

Zarco, L., Cruz, M., Sánchez, M., & Gonzales, A. (2012). Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. Revista De Especialidades Médico-Quirúrgicas, 17(2), 109-114. Retrieved from http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278008

Araujo, R. & Alulima, T. (2011). Atención integral de enfermería a pacientes con enfermedades terminales en el Centro Santa María Josefa de la ciudad de Loja, Mayo/2010- Mayo/2011 (Licenciatura). Universidad Nacional de Loja.

Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI), 64 – 72. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

MSP,.(2014). Cuidados paliativos, Guía de Práctica Clínica (1st ed., pp. 45-78). Quito: Dirección Nacional de Normatización. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Cuidados%20paliativos%20completa.pdf

MSP. (2013a). Prioridades de investigación en salud, 2013-2017, 2013–2017.

MSP. (2013b). Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. Retrieved from http://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador. (2013). Mejorar La Calidad De Vida De La Población. Plan Nacional Para El Buen Vivir, 135. Retrieved from http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion\nhttp://issuu.com/buenvivir/docs/6_objetivo_3_fundamento_y_diagnosit/1?e=8910223/4203298

Solca Núcleo de Loja. (2015). Servicios. Retrieved November 16, 2015, from http://solcaloja.med.ec/site/index.php/2015-07-10-18-31-15

Elph, G. (2015). University of guelph, 12(2), 96.

Martínez, B., Monleón, M., Carretero, Y., & García, T. (2012). Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida (pp. 42-75). España: Fotoletra S.A.

Osakidetza. (2011). *Modelos y Teorias en Enfermeria*.(2st ed., pp 64-73). España: Mad, S.L Retrieved from https://books.google.com.ec/books?id=wycBqkqBS_EC&printsec=frontcover&dq=enfermeria&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiDn63nk_LNAhWDqh4KHanRDBAQ6AEIMD#v=onepage&q=enfermeria&f=false

Reyes, E. (2015). Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología (2nd ed., pp. 86-98). México: El Manual Moderno S.A. Retrieved from https://books.google.com.ec/books?id=zO4VCgAAQBAJ&pg=PT58&dq=la+enfermeria+2006&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjVvNevr_PNAhWHLB4KHWpsD8gQ6AEILTAD#v=onepage&q=la%20enfermeria%202006&f=false

Sorrentino, S., Remmert, L., & Gorek, B. (2012). Fundamentos de enfermería práctica (1st ed., pp. 93-98). España: EdiDe. Retrieved from https://books.google.com.ec/books?id=MM0jx0nJIFIC&printsec=frontcover&dq=fundamentos+de+enfermeria&hl=es&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKE

j. ANEXOS

ANEXO 1: Operación de variables

Proyecto: Conocimientos sobre Cuidados Paliativos en el Personal de Enfermería del Hospital Oncológico SOLCA - Loja.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
	Criterios de Enfermería en el control del dolor y manejo de síntomas	**En el primer escalón de la escalera analgésica se encuentran los AINES, dipiridona, paracetamol y codeína**	**V (1) F (0)**
		Las terapias coadyuvantes son importantes para el control del dolor	**V (1) F (0)**
		En la escalera analgésica todos los medicamentos tienen techo analgésico	**V (1) F (0)**
		Valorar el alivio obtenido frente a los efectos colaterales	**V (1) F (0)**
		El medicamento de elección en el tercer escalón es la morfina, que siempre se debe administrar con intervalo de 6 a 8 horas.	**V (1) F (0)**
		La morfina se usa exclusivamente contra el dolor oncológico	**V (1) F (0)**
		La escala visual analógica (EVA) permite valorar el dolor	**V (1) F (0)**
		Los cuidados paliativos se encargan del manejo de los síntomas	**V (1) F(0)**
		Tratar enérgicamente al dolor, no a, los síntomas asociados	**V (1) F (0)**
		La morfina se indica desde en el momento en que aparecen síntomas dolorosos	**V (1) F (0)**
		Tratamiento con analgésicos en horario fijo	**V (1) F (0)**
	Percepción de enfermería en el cuidado espiritual	**Visión integral e individualizada de los pacientes.**	**V (1) F (0)**
		Solo lo brinda el personal de enfermería de la atención primaria.	**V (1) F (0)**
	Nivel de conocimientos de enfermería en el cuidado familiar	**La familia debe participar siempre en los cuidados paliativos**	**V (1) F (0)**
		Ofrecen apoyo emocional en el duelo a familiares	**V (1) F (0)**
		Intervenir tanto sobre el paciente como sobre la familia	**V (1) F (0)**
		Los cuidados paliativos no se deben ofrecer en el hogar	**V (1) F (0)**
	Criterios de enfermería en el cuidado psicosocial	**Los cuidaos paliativos ofrecen apoyo psicosocial al paciente**	**V (1) F (0)**
		Debe considerarse el apoyo psicosocial y la comunicación adecuada para transitar por la escaleta analgésica	**V (1) F (0)**
		Visión integral e individualizada de los pacientes	**V (1) F (0)**
		Carácter interdiciplinario.	**V (1) F (0)**

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
INDEPENDIENTE Personal de Enfermería **Abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada brinda cuidado integral a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades,. OMS, 2011**	**Atención y cuidados integrales**	**Genero**	**Masculino y Femenino**
		Nivel Académico	**Licenciada – Auxiliar de enfermeria**
		Antigüedad Labora	**Menor de 5 años -5 a 10 años -11 a 15 años -16 a 20 años -21 a 25 años -Más de 26 años**
		Departamento	**-Chequeo preventivo. -Consulta externa -Oncología. -Oncopediatria -Radioterapia -Cuidados Paliativos**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO 2

Proyecto: Conocimientos de Cuidados Paliativos en el Personal de Enfermería del Hospital Oncológico de Solca Loja.

Consentimiento Informado

N°……

Estimados enfermeras/ros que laboran en tan prestigiosa institución, la presente propuesta de investigación "Conocimientos Sobre Cuidados Paliativos en el Personal de Enfermería del Hospital Oncológico de Solca Loja" se realiza con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre estos cuidados brindados a los pacientes, por lo que contar con su ayuda para la recolección de los datos permitirá concretar el estudio antes mencionado. Cabe mencionar que la participación es de carácter voluntario y toda la información alcanzada será tratada de manera confidencial. Es importante mencionar que el cuestionario aplicado será anónimo, por lo que se requiere responder de la manera más sincera posible.

A continuación se le solicita que voluntariamente firme este documento como signo de haber sido informado.

Autorización

Fecha……

Yo…….. Con documento de identidad CC……...

Estoy de acuerdo en participar en la investigación "Conocimientos de cuidados paliativos en el personal de enfermería del Hospital Oncológico de Solca Loja". Se me ha explicado minuciosamente los objetivos y procedimientos del estudio y mi incorporación será voluntaria. Por tanto al firmar este documento autorizo me incluyan en esta investigación.

……
…….

Firma del trabajador (a) Firma del investigador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA
ANEXO 3
Proyecto: Conocimientos de Cuidados Paliativos en el Personal de Enfermería del Hospital Oncológico de Solca Loja.
Instrumento de Recolección de datos

Estimados colegas:
El presente cuestionario tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre los cuidados paliativos en el personal de enfermería. Le agradecemos exprese con sinceridad sus criterios, pues esta información es completamente anónima.
Muchas gracias.
INFORMACION GENERAL

N°…….

ITEMS	ESCALA	
Conocimientos en:	1	0
CRITERIOS DE ENFERMERIA EN EL CONTROL DEL DOLOR Y MANEJO DE SINTOMAS		
En el primer escalón de la escalera analgésica se encuentran los AINES, dipiridona, paracetamol y codeína	**V: verdadero**	**F: falso**
Las terapias coadyuvantes son importantes para el control del dolor.	**V: verdadero**	**F: falso**
En la escalera analgésica todos los medicamentos tienen techo analgésico	**V: verdadero**	**F: falso**
Valorar el alivio obtenido frente a los efectos colaterales.	**V: verdadero**	**F: falso**
El medicamento de elección en el tercer escalón es la morfina, que siempre se debe administrar con intervalo de 6 a 8 horas.	**V: verdadero**	**F: falso**
La morfina se usa exclusivamente contra el dolor oncológico	**V: verdadero**	**F: falso**
La escala visual analógica (EVA) permite valorar el dolor	**V: verdadero**	**F: falso**
Los cuidados paliativos se encargan del manejo de los síntomas	**V: verdadero**	**F: falso**
Tratar enérgicamente el dolor, no a los síntomas asociados	**V: verdadero**	**F: falso**
La morfina se indica desde en el momento en que aparecen síntomas dolorosos	**V: verdadero**	**F: falso**
Tratamiento con analgésicos en horario fijo	**V: verdadero**	**F: falso**
PERCEPCION DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO ESPIRITUAL		
Los aspectos espirituales no son parte de los cuidados paliativos	**V: verdadero**	**F: falso**
Atención individualizada según las creencias del paciente	**V: verdadero**	**F: falso**
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO FAMILIAR		
La familia debe participar siempre en los cuidados paliativos	**V: verdadero**	**F: falso**
Ofrecen apoyo emocional en el duelo a familiares	**V: verdadero**	**F: falso**
Intervenir tanto sobre el paciente como sobre la familia	**V: verdadero**	**F: falso**

Los cuidados paliativos no se deben ofrecer en el hogar	**V: verdadero**	**F: falso**
CRITERIOS DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO PSICOSOCIAL		
Los cuidados paliativos ofrecen apoyo psicosocial al paciente	**V: verdadero**	**F: falso**
Debe considerarse el apoyo psicosocial y la comunicación adecuada para transitar por la escalera analgésica	**V: verdadero**	**F: falso**
Visión integral e individualizada de los pacientes	**V: verdadero**	**F: falso**
Carácter interdisciplinario	**V: verdadero**	**F: falso**
TOTAL		

Fuente adaptada y tomada de (López et; al, 2014).

Se califica teniendo en cuenta el número de respuestas correctas e incorrectas, puntuando con un punto cada respuesta correcta y cero las incorrectas.