UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABÍ

INSTITUTO DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

PROYECTO DE TITULACIÓN CON COMPONENTES DE INVESTIGACIÓN

TEMA

Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy

AUTOR/A

Rodríguez Reyes Leyther Beatriz

TUTOR/A

Lic. Delia Bravo Bonoso. PhD

Línea de investigación aprobada en el postgrado/ Grupo de Investigación/ Programa de Investigación: Salud Pública

JIPIJAPA- MANABÍ- ECUADOR

2023

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor Lic. Delia Bravo Bonoso. PhD. del Trabajo de Titulación: "Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy" presentado por Rodríguez Reyes Leyther Beatriz, para optar por el título Magister en Gestión del Cuidado, certifico que dicho Trabajo de Titulación ha sido revisado en todas sus partes y se considera que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación para la valoración por parte del tribunal que se designe y su exposición y defensa pública.

Jipijapa, 05 julio de 2024

.....
Doctora en Ciencias Biomédicas
Lic. Delia Bravo Bonoso. PhD
C.I. 1311597809

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

El Trabajo de Titulación: "Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy", ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, previo a la obtención del título de Magister en Gestión del Cuidado; dado que el presente trabajo reúne los requisitos de contenido y forma.

Jipijapa, julio 06 de 2024.

……..
Nombres y Apellidos completos
C.I. 1308653 07-8
Presidente del tribunal

……
Nombres y Apellidos completos
C.I. 1308539913
Miembro del tribunal

……
Nombres y Apellidos completos
C.I. 1309875746
Miembro del tribunal

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a quienes con su amor, paciencia y sacrificio han sido mi mayor inspiración y apoyo a lo largo de mi vida. Gracias por creer en mí, por alentarme a perseguir mis sueños, y por estar siempre a mi lado, incluso en los momentos más desafiantes. Esta tesis es el fruto de su incansable apoyo y de los valores que me han inculcado.

A mi madre, quien me enseno a ser una mujer valiente. A mis hijos, mi mayor tesoro y mi mayor motivación que me inspiro llegar hasta aquí, siendo una mejor persona y a luchar por construir un futuro más prometedor. Esta tesis es una dedicatoria al espíritu inquieto y a la curiosidad, que me han impulsado a explorar nuevos horizontes.

Rodríguez Reyes Leyther Beatriz

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios, por permitirme llegar hasta este momento tan memorable de mi vida, segundo lugar agradecer a mi familia y amigos por su constante aliento y comprensión durante esta etapa. Su apoyo emocional ha sido fundamental para superar los desafíos y culminar satisfactoriamente esta tesis.

A mi directora de tesis, Lic. Delia Bravo Bonoso, PhD. por su invaluable guía, paciencia y apoyo durante todo el proceso de investigación y escritura de esta tesis. Sus valiosos consejos y su experiencia han sido fundamentales para el desarrollo y la culminación de este trabajo.

Asimismo, deseo agradecer a los miembros del tribunal evaluador por tomarse el tiempo de leer y analizar cuidadosamente este documento, y por sus comentarios y sugerencias que han enriquecido y mejorado la calidad final de la tesis.

Rodríguez Reyes Leyther Beatriz

RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA

en

Quien suscribe, declara que asume la autoría de los contenidos y los resultados obtenidos en el presente Trabajo de Titulación.

Jipijapa, julio 2024

Rodríguez Reyes Leyther Beatriz

C.I. 1305656041

RENUNCIA DE DERECHOS

Quien suscribe, cede los derechos de autoría intelectual total y parcial del presente Trabajo de Titulación a la Universidad Estatal del Sur de Manabí.

Jipijapa, 05 abril de 2024

.....

Rodríguez Reyes Leyther Beatriz

C.I. 1305656041

Índice de contenidos

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR II
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL III
DEDICATORIA IV
AGRADECIMIENTO V
RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA VI
RENUNCIA DE DERECHOS VII
RESUMEN XII
2. Introducción del proyecto de titulación 1
2.1 Planteamiento del problema de investigación 4
2.2 Formulación del problema 7
2.3 Definición del objeto de investigación 7
2.4 El campo de acción o de estudio 7
2.5 Objetivo general 7
2.6 Objetivos específicos 7
2.7 Supuestos hipotéticos 7
2.8 Justificación 8
3. Capítulo Fundamentación Teórica 11
3.1 Marco teórico referencial 12
3.1.1. Enfermedad terminal 12
3.1.2. Cuidados paliativos 12
3.1.3. Principios de los cuidados paliativos 13
3.1.4. Objetivos de los cuidados paliativos 14
3.1.5. Niveles de atención 16
3.1.6. Modalidades de cuidados paliativos 17
3.1.7. Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad terminal 18
3.1.8. Guía de cuidados paliativos Ministerio de Salud Pública 21

3.1.9. Rol de enfermería en cuidados paliativos.....22

3.1.10. Planificación de los cuidados.....23

3.1.11. Proceso de atención enfermero ante los cuidados paliativos.....24

3.1.12. Actitudes ante la muerte del paciente terminal.....25

3.1.13. Costes de cuidados paliativos.....26

3.1.14. Conflictos con los principios de bioética.....26

3.1.15. Relación con las teorizantes de enfermería.....26

3.2. Fundamentación del estado del arte.....28

4. Capítulo II. Marco Metodológico.....36

4.1. Métodos de Investigación.....38

5. Capitulo III. Resultados y discusión.....47

5.1. Análisis de los resultados.....48

5.2. Discusión de los resultados.....60

6. Capitulo IV. Propuesta/validación.....65

6.1 Breve introducción de lo que se presenta en el capítulo.....65

6.2.1. Objetivos Específicos.....65

6.3. Validación.....91

7. Conclusiones.....94

8. Recomendaciones.....96

9. Referencias bibliográficas.....97

10. ANEXOS.....104

Índice de Tablas

Tabla 2. Apéndice A. Cansancio emocional 48
Tabla 3. Apéndice B. Adaptación transcultural. Parte 2. Cuidados paliativos.....54
Tabla 4. Preguntas Sobre Generalidades en Cuidados Paliativos.....56
Tabla 5. Preguntas Clínicas Sobre Sintomatología en Cuidados Paliativos 57
Tabla 6. Preguntas Sobre Farmacología.....58
Tabla 7. Plan de Cuidados.....72
Tabla 8. Diagnósticos de Riesgo 74
Tabla 9. Resultados.....76
Tabla 10. Intervenciones de Enfermería 80

Índice de Gráfico

Gráfico 1. Modelos de Cuidados Paliativos.....17
Gráfico 2. Modelo Multidimencional de las necesidades.....19
Gráfico 3. Algoritmo para el cuidado de pacientes en etapa terminal.....88
Gráfico 4. Planificación del cuidado.....89
Gráfico 5. Algoritmo simplificado para el cuidado de pacientes en etapa terminal.....90

UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABÍ
INSTITUTO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

Título: Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy.

Autor: Rodríguez Reyes Leyther Beatriz

Tutor: Lic. Delia Bravo Bonoso, PhD.

RESUMEN

La enfermedad y la muerte son acontecimientos que surgen de manera natural en la vida de las personas, sin embargo, estas suelen vivenciarse desde el miedo e incertidumbre que en muchos casos es difícil manejar ya que se convierte en un evento vital estresante que genera sufrimiento no sólo para quien padece la enfermedad sino también para su familia. Objetivo: determinar el Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy, en pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital de Especialidades de Portoviejo. Metodología: Es un enfoque cuantitativo, con un paradigma interpretativo crítico, mediante el método inductivo, deductivo analítico, de diseño no experimental, descriptivo y de campo, donde se aplicó un instrumento validado, que constó de 5 ítems, adaptado a la Escala Likert con 4 opciones de respuesta: De acuerdo I: Indeciso D= 2: En desacuerdo T.D = 3: Totalmente en desacuerdo = 4, distribuidos en: Ambiente, Adaptación transcultural, generalidades del cuidado paliativo, sintomatología del cuidado paliativo, farmacología. Resultados: estos cuidados se emplean al principio de la enfermedad hasta la etapa final de vida, afrontando así, la salud patológica, física y social, evidenciando que el rol que cumple el enfermero se basa en la atención y el alivio del sufrimiento para el paciente como para el núcleo familiar, concluyendo que, el papel

que cumple enfermería está destinada en reducir el sufrimiento, dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, logrando un mayor equilibrio físico, social, psicológico, espiritual y cultura.

Palabras claves: medicina paliativa, rol de enfermería, etapa terminal, paciente terminal

UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABÍ

INSTITUTO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

Title: Role of nursing and palliative care in the terminal stage, according to Callista Roy's humanistic theory.

Author: Rodríguez Reyes Leyther Beatriz

Tutor: PhD. Delia Bravo Bonoso

ABSTRACT

Illness and death are events that arise naturally in people's lives, however, they are usually experienced from fear and uncertainty that in many cases is difficult to manage since it becomes a stressful life event that generates suffering not only for the person who suffers from the disease but also for their family. Objective: To determine the role of nursing and palliative care in the terminal stage, according to the humanistic theory of Callista Roy, in patients treated in the emergency area of the Portoviejo Specialty Hospital. Methodology: It is a quantitative approach, with a critical interpretative paradigm, through the inductive, deductive analytical, non-experimental, descriptive and field design method, where a validated instrument was applied, consisting of 5 items, adapted to the Likert Scale with 4 response options: Agree I: Undecided D = 2: Disagree T.D = 3: Strongly disagree = 4, distributed in: Environment, Cross-cultural adaptation, general aspects of palliative care, symptoms of palliative care, pharmacology. Results: This care is used from the beginning of the disease until the final stage of life, thus addressing pathological, physical and social health, evidencing that the role of the nurse is based on care and the alleviation of suffering for the patient as well as for the family nucleus, concluding that the

role that nursing fulfills is aimed at reducing suffering. To improve the quality of life of patients and their families, achieving a greater physical, social, psychological, spiritual and cultural balance.

Keywords: palliative medicine, nursing role, terminal stage, terminal patient

CERTIFICADO No. 488

Lic.
Mercedes Lucas Chóez
COORDINADORA DE LA MAESTRIA EN GESTION DEL CUIDADO–POSGRADO - UNESUM
En su despacho.-

De mi consideración:

Por medio de la presente me permito CERTIFICAR que fue corregido el Summary, correspondiente a la Tesis de Grado **"Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy.".** previo a la obtención del título de Magister en Gestión del Cuidado al maestrante, **Rodríguez Reyes Leyther Beatriz,** mismo que fue corregido por el Lic. Celene Casierra Párraga, Mg.

Particular que hago extensivo para los fines consiguientes.

Jipijapa, 25 de abril de 2024.

Atentamente,

UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABI
UNESUM
CENTRO DE IDIOMAS
JIPIJAPA - MANABI

Lic. Sidar Edgardo Solórzano Solórzano, Mg. Ge.
COORDINADOR DEL CENTRO DE IDIOMAS

Cc. Archivo
SESS/jt

CONTENIDO DEL INFORME

2. Introducción del proyecto de titulación

La enfermedad y la muerte son acontecimientos que surgen de manera natural en la vida de las personas, sin embargo, estas suelen vivenciarse desde el miedo e incertidumbre que, en muchos casos, es difícil manejar ya que se convierte en un evento vital estresante que genera sufrimiento no sólo para quien padece la enfermedad sino también para su familia (1). Esto sucede con mayor intensidad cuando dicha enfermedad ha sido progresiva o llega a un estado avanzado en el que el organismo es incapaz de responder a un tratamiento específico, lo cual sitúa al paciente en una fase terminal, es decir, su pronóstico de vida es limitado y por ende se encuentra en un contexto de fragilidad continua hasta su muerte (2).

Al ser el cuidado la base de la ciencia de enfermería, puede conceptualizarse como todas las acciones que ayudan a preservar y mantener la vida (3). De tal forma que se origina en la necesidad de supervivencia humana en circunstancias adversas, la enfermería moderna tomó desde sus orígenes la práctica del cuidado como la base de su disciplina, siendo abordada desde varios aspectos, en los que se incluye: atención, investigación, docencia y gestión, siendo el cuidado una parte específica de la cultura, los valores y las creencias de las personas, poniendo a la preocupación por los demás como el pilar de la existencia humana.

La Organización Mundial de la Salud, define los Cuidados Paliativos (CP) como el "abordaje clínico que tiene como objetivo prevenir y aliviar el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas presentados durante el transcurso de la enfermedad, tanto físicos, psicológicos o espirituales" (4). De manera que, los cuidados paliativos optimicen la calidad de vida de los pacientes, en todas las etapas de la vida,

desafiando los problemas inherentes a un padecimiento potencialmente mortal, así como la de sus familiares.

Según la Organización Panamericana de la salud, el escenario actual en Latinoamérica, quienes tienen que brindar cuidados paliativos, se encuentran con la dificultad de una falta de alineación de la formación específica en enfermería y es evidente la carencia en los currículos y en la formación posgradual (5). Dejando claro que, la mayoría de los pacientes en América latina con enfermedades terminales o que necesiten de esta atención, todavía no tienen acceso a los servicios de cuidados paliativos esenciales.

En cuanto al cuadro global de las enfermedades crónicas, en el año 2021, del total de los 58 millones de defunciones que se produjeron en el mundo, se estima que 35 millones correspondieron a enfermedades crónicas, superando a las defunciones por causas como (VIH/sida, Covid-19), incluidas enfermedades gineco obstetricias, el 80% de estas muertes se dieron en países en vías de desarrollo (6). Considerando el aumento de estas enfermedades sin cura aparente, conseguir la mejor calidad de vida y la máxima autonomía del paciente y su familia se logra con la aplicación de un cuidado especial, un cuidado que implica aspectos emocionales y espirituales, junto con el alivio del dolor; todo ello, dará origen al cuidado paliativo.

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), menciona que, en el 2018 existió 28.058 casos nuevos de cáncer de los cuales 14.559 murieron por esta causa, relacionado por la detección tardía y falta de acceso al tratamiento, de la misma forma se evidencia el aumento de enfermedades crónicas degenerativas (7). Sin embargo, existe una brecha significativa en Ecuador en los programas de salud, cabe señalar, que la mayor parte de profesionales no cuentan con entrenamiento relacionado al cuidado de pacientes en etapa terminal, por lo que es necesario

el desarrollo de competencias en los diferentes niveles de atención asegurando su disponibilidad y acceso.

Para Callista Roy, el objetivo de la enfermería es ayudar al ser humano a adaptarse a los cambios en sus necesidades fisiológicas, en los cambios del rol y sus relaciones de interdependientes durante la salud y la enfermedad, de tal forma que la enfermera cumple un papel único como facilitadora de la adaptación, valorando la conducta en cada uno de los modos adaptativos e interviniendo en la manipulación de los estímulos influyentes.

De tal forma que el cuidado que ejerce la enfermería alcanza un valor significativo, pues el éxito de la atención que brinda no está en la curación, sino en preservar el bienestar y la dignidad de la persona hasta el final de su vida mediante un óptimo cuidado, el cual puede ser brindado en un hospital como también en el hogar de dicho paciente donde tiene la oportunidad de sentirse con mayor comodidad. Por ello, es necesario garantizar la continuidad de los cuidados mediante la responsabilidad de todos los profesionales (8).

De esta forma, los profesionales de enfermería en el mundo, tienen un reconocido protagonismo por las funciones que cumplen, pese a que no siempre las condiciones de trabajo están a la altura de su desempeño profesional (9). Para la aplicación de diferentes procedimientos y entre ellos, aplicar cuidados específicos en pacientes en etapa terminal, además, respetando en todo momento las creencias y costumbres que caracterizan a las diferentes culturas.

Por otra parte, existen circunstancias lo suficientemente particulares que acompañan al paciente en su etapa terminal hasta su muerte, por lo que la relación de los profesionales de la salud con el paciente y su familia constituyen un elemento sustancial de la acción terapéutica. Es así como, un modelo de relación distante donde el profesional no tiene un acercamiento a las necesidades de su paciente resulta negativo en el proceso paliativo; mientras que, si se establece

una relación basada en la cercanía, sensibilidad, la escucha activa, la comprensión y la solidaridad hacia el paciente, el fin de su vida es más llevadero no sólo para este sino también para su familia (10).

La contribución de la enfermería, está basada en la adaptación que es un proceso y un resultado que marca la pauta para una trasformación, ajuste, conformación o equilibrio; en el caso de una enfermedad crónica, se origina a partir de que la persona es diagnosticada y tiene que afrontar las alteraciones que se presentan. Callista Roy en su modelo de Adaptación, describe a los individuos como sistemas adaptativos holísticos, que reciben estímulos del medioambiente, los cuales procesan por mecanismos de afrontamiento y dan como resultado respuestas fisiológicas, psicosociales y sociales (11).

Tal desafío nos conduce a defender la atención de enfermería en Cuidados Paliativos desde la gestión global del cuidador estas acciones se verán reflejadas en la atención al usuario, problemática presente en esta investigación, que tiene como objeto de estudio el rol de enfermería y cuidados paliativos, y el campo los pacientes en etapa terminal que acuden al Hospital de Especialidades de Portoviejo.

2.1 Planteamiento del problema de investigación

La teoría del modelo de adaptación de Callista Roy, se enfoca en la capacidad de las personas para adaptarse a los cambios y desafíos de la salud a lo largo de su vida. En el contexto de los cuidados paliativos en la etapa terminal, este modelo puede ser particularmente relevante, ya que aborda cómo los pacientes y sus familias pueden adaptarse a los cambios físicos, emocionales y espirituales asociados con una enfermedad terminal.

A nivel mundial, millones de personas sin importar la edad cronológica (neonatos, lactantes, niños, adolescentes, adultos o adultos mayores) son diagnosticados con una enfermedad crónica

incurable, los cuales no fallecen de forma súbita, sino experimentan cambios fisiológicos (deterioro multisistémico), físicos (pérdida de peso), psicológicos (ansiedad, depresión), emocionales (temor, tristeza) y espirituales (convicción de fé). Los profesionales de Enfermería son conscientes de su deterioro gradual, por tanto, potencian el bienestar y confort físico para mejorar su calidad de vida (12).

Estos pacientes con enfermedades en etapa terminal confrontan una serie de tensiones a nivel físico, emocional y social, que son representaciones negativas de la situación adversa, lo cual deriva en emociones y actitudes de rechazo o dependencia hacia el personal de enfermería: Sin embargo, estos pacientes se han visto afectados por un abandono sanitario, es decir, los cuidados tienden a ser escasos por parte de algunos profesionales, quienes sólo satisfacen las necesidades básicas sin mayor esfuerzo porque consideran que estos pacientes, sin comprender que es donde el enfermo se encuentra en un alto grado de vulnerabilidad, complicaciones y sufrimiento vital.

De manera que, el rol de enfermería en el cuidado paliativo es fundamental para garantizar una atención de calidad y compasiva a los pacientes en fase terminal, los enfermeros desempeñan un papel integral en el equipo de cuidados paliativos, brindando cuidados físicos, emocionales y psicosociales a los pacientes y sus familias, su labor incluye la evaluación y manejo del dolor y otros síntomas, administración de medicamentos, apoyo en la toma de decisiones, comunicación efectiva y educación sobre el proceso de cuidados paliativos. Además, los enfermeros también desempeñan un papel crucial en la coordinación de la atención interdisciplinaria, colaborando estrechamente con médicos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud para asegurar una atención integral y holística. Su presencia y apoyo continuo brindan consuelo y tranquilidad a los pacientes y sus seres queridos en esta etapa tan delicada de la vida.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OMS) los cuidados paliativos son un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales (12). Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Se estima que 40 millones de personas en el mundo necesitan cuidados paliativos cada año, debido al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades crónicas y no transmisibles (13), de estos, el 14 % de las personas la reciben cuidados, el 78 % de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano (14).

En Ecuador, los cuidados paliativos, todavía no se conocen de forma masiva y aunque hay esfuerzos locales, que no están enlazados en programas o redes de servicios nacionales. El rol que ejerce la enferma en cuidados paliativos, abarca una amplia gama de responsabilidades para satisfacer las necesidades físicas, emocionales y psicosociales de los pacientes en fase terminal, enfocándose en el paciente y su capacidad para brindar atención compasiva y holística los convierte en actores clave en el equipo de cuidados paliativos, proporcionando cuidados de calidad y apoyo tanto a los pacientes como a sus seres queridos en esta etapa tan crucial de la vida.

Al vincular explícitamente el modelo de adaptación de Roy con los desafíos y necesidades de los pacientes en etapa terminal, el planteamiento del problema demuestra la relevancia y aplicabilidad de esta teoría humanista en el campo de los cuidados paliativos, esto sienta las bases para un análisis profundo y una propuesta de cómo las enfermeras pueden utilizar este modelo para mejorar la atención y el bienestar de los pacientes. De tal forma, es importante reconocer el rol que desempeñan los profesionales en enfermería, frente a los cuidados paliativos en enfermos terminales, ante esta problemática se plantea la siguiente pregunta de investigación:

2.2 Formulación del problema

¿De qué manera influye el rol de la enfermería en la garantía de cuidados paliativos en pacientes con enfermedad terminal, que son atendidos en el Hospital de Especialidades de Portoviejo?

2.3 Definición del objeto de investigación

Rol de Enfermería

2.4 El campo de acción o de estudio

Intervención de enfermería en pacientes en etapa terminal

2.5 Objetivo general

Determinar el Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy, en pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital de Especialidades de Portoviejo.

2.6 Objetivos específicos

- Sustentar desde la teoría de Callista Roy, la aplicación de los cuidados paliativos en pacientes en etapa terminal.
- Identificar el conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería en cuidados paliativos en los enfermeros que laboran en el área de emergencia del Hospital de Especialidades.
- Caracterizar la aplicación de la teoría humanista en el Proceso de Atención de Enfermería a pacientes terminales con cuidados paliativos.
- Diseñar una Estrategia Educativa de Intervención en cuidados paliativos a pacientes en etapa terminal.

2.7 Supuestos hipotéticos

El diseño de una estrategia educativa enfocada en la implementación de cuidados paliativos para pacientes en fase terminal, contribuye a brindar una atención integral y coordinada que aborde las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente y su familia, promoviendo una mejor calidad de vida en el final de la vida

2.8 Justificación

El motivo que incentivó a la elaboración del presente trabajo, está enfocado en el accionar de enfermería frente a una situación que no siempre se le presenta en su ámbito laboral como lo es dar cuidados a un paciente en estado terminal, la ética que aplica y los valores que conlleva dicha práctica, sin dejar de lado los cuidados básicos que se le dan a estos pacientes para así mejorar en cierta medida su manera de llevar el día a día tomando en cuenta la situación por la que está pasando y que en la mayoría de los casos el tema ético, moral y conductual de este tipo de pacientes estará en el primer lugar de los cuidados prioritarios que enfermería debe de aplicar.

Los cuidados paliativos son descritos como una ciencia y no solamente como un mero trabajo empírico desarrollado por profesionales de la salud hasta la muerte del paciente. Este cuidado se enfoca en mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares, enfrentando problemas relacionado con la enfermedad subyacente a la muerte, previniendo y mitigando a través de la detección temprana, valoración y tratamiento del dolor, por ejemplo: físicos, psicológicos o espiritual.

Los cuidados paliativos tienen la obligatoriedad de brindar una atención integral al paciente aliviando su dolor y mejorando la calidad de vida de quienes se encuentran en situación terminal. La actuación de enfermería va encaminada a cubrir todas las necesidades del paciente, tanto físicas como emocionales desde una perspectiva humanística, de la misma forma la integración de planes de cuidado paliativo como parte de la intervención de enfermería, permite brindar una atención

orientada tanto al paciente como a su familia, mejorar su calidad de vida, disminuir costos, anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento, y suplir las necesidades físicas, intelectuales, emocionales, sociales y espirituales de los pacientes.

Hoy en día, se utilizan aproximadamente en todo el mundo y para una variedad de condiciones, incluso en casos en los que el paciente puede curarse. A pesar de que inicialmente el cuidado paliativo se dirigió a pacientes con enfermedades oncológicas, gracias al aumento de las tasas de supervivencia y curación, han permitido que hoy se amplíe significativamente el número de pacientes beneficiarios de este tipo de cuidados, siendo mucho más amplio y heterogéneo (17). Incluyendo a su vez a quienes padecen patologías neurológicas, cardiacas, gastrointestinales, malformaciones congénitas, patologías adquiridas e infecciosas, entre otras.

Actualmente se ha realizado varias transformaciones en tratamientos para personas con enfermedades terminales, por lo que es indispensable las normas de bioseguridad para el personal que brinda cuidados paliativos, frente a lo cual muchas veces surgen en ellos sentimientos de miedo, angustia o rechazo al realizar el cuidado, en muchas ocasiones se puede ver reflejado en la atención y es casi inevitable que los aspectos emocionales del profesional se ven reflejados en la calidad de los cuidados y en la interacción con el paciente (21).

En el Ecuador hay un número limitado de unidad de cuidados paliativos, la mayoría de ellas no cuentan con un plan de intervenciones que propicie de una manera adecuada los cuidados paliativos en pacientes con enfermedades terminales como en: Quito, Guayaquil y Cuenca, representadas por las unidades de SOLCA, el Seguro Social y Ministerio de Salud Pública (22). Mariana Vallejo, jefe del servicio de Cuidados Paliativos de SOLCA Guayaquil, ha destacado la importancia de la atención primaria, porque permite mejorar la calidad de vida de los pacientes, mediante la aplicación de los cuidados paliativos (23).

La principal repercusión en los trabajadores de la salud en Manabí, es la falta de ofertas laboral, la crisis económica que afecta al país, a la vez, la carga de trabajo y estrés. De esta manera, la salud mental del personal del profesional de enfermería requiere mayor atención: se ha demostrado que una proporción importante padece depresión, (50.4%), ansiedad (44.6%], insomnio (34.0%) y estrés (71.5%) (24), lo que a su vez puede traer consigo falta de motivación, agotamiento, absentismo, crisis nerviosas y enfermedades, la Normativa Legal Ecuatoriana obliga y demanda la atención de cuidados paliativos al Ministerio de Salud Pública y en este sentido, el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), mediante el acuerdo ministerial número 101, oferta servicios de cuidados paliativos, con enfoque intercultural, que garanticen el derecho de los pacientes en etapas de la enfermedad avanzada, ayudando a aliviar el dolor, sufrimiento (25).

El desarrollo de esta investigación va a beneficiar al personal de enfermería debido a que ellos van a tener una orientación sobre el rol que conlleva a los cuidados de estos pacientes en estado terminal, además se beneficiaran los mismos pacientes que presentar alguna afección de tipo terminal ya que esto hará que los profesionales de enfermería a su cuidado logren mejorar su estilo de vida en su día a día y a su vez se logre un cumplimiento adecuado de los principios éticos que se deben de aplicar dichos cuidados.

En el campo económico el estudio de esta investigación favorece al servicio público y privado, donde se optimiza los recursos utilizados a cargo del enfermero como administrador de los insumos y como hacer buen uso de este en los pacientes de estado terminal. En cuanto a la población este estudio tiene un impacto profesional en los cuidados específicos acorde a la formación y especialización del profesional, minimizando el gasto emocional de los familiares y pacientes a través de intervenciones oportunas en las unidades asistenciales hospitalarias. A las personas de la tercera edad que en su mayoría tienen enfermedades crónicas en estado terminal,

esta investigación aporta el contexto referencial de la comunicación asertiva entre los pacientes y familiares para una atención humanística.

Esta investigación es de gran aporte para la población, debido a que se va a ayudar a resolver las dudas que existen en torno al cuidado que se aplica a los pacientes en estado terminal, permitiendo de esta manera, a que se brinden los respectivos cuidados básicos y específicos en pro de la mejora del día a día de los pacientes. Este estudio no solo beneficia a la comunidad del Hospital de Especialidades de Portoviejo, sino también a estudios de otros hospitales tanto públicos como privados, donde se manifieste el cumplimiento de los cuidados integrales con el número de personal adecuado para la situación real de cada unidad de atención hospitalaria dando importancia al paciente y sus familiares que son los beneficiarios directos y como garantía del estado cumpliendo con el artículo 50 de la Constitución para los cuidados paliativos en pacientes en estado terminal.

3. Capítulo Fundamentación Teórica

La Fundamentación Teórica del Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, basada en la teoría humanista de Callista Roy, proporciona un marco conceptual sólido para comprender y abordar la atención de los pacientes en las etapas finales de su vida, esta teoría, desarrollada por la reconocida enfermera y teórica Callista Roy, se centra en la importancia de la relación terapéutica y la atención centrada en el individuo. En el contexto de los cuidados paliativos en etapa terminal, el enfoque humanista de Roy se vuelve especialmente relevante, ya que se centra en la promoción del bienestar y la dignidad del paciente en sus últimos días. Según esta teoría, la enfermería es una profesión que se basa en la ciencia y el arte de cuidar, y busca la integración armoniosa de los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del individuo.

El rol del enfermero en cuidados paliativos en etapa terminal, de acuerdo con la teoría humanista de Roy, implica una presencia compasiva y empática, que reconoce la singularidad y la individualidad del paciente, el enfermero se convierte en un defensor del paciente, asegurando que se satisfagan sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, y promoviendo la autonomía y la toma de decisiones informadas, también destaca la importancia de la comunicación efectiva y la colaboración interdisciplinaria en el cuidado de los pacientes en etapa terminal.

Además, se hace hincapié en la importancia de la formación continua y el desarrollo profesional del enfermero, para garantizar una atención de calidad y basada en la evidencia. De esta manera se realiza el desglose de la fundamentación teórica, para validad las variables de estudio, según la conceptualización de diferentes autores.

3.1 Marco teórico referencial

3.1.6. 3.1.1. Enfermedad terminal

Paciente terminal: "es aquel que posee una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonable de respuesta al tratamiento específico, que presenta numerosos problemas o síntomas intensos, que presenta un gran impacto emocional para el mismo, sus familiares y el equipo terapéutico que le atiende, estando su situación relacionada, implícita o explícitamente, con la presencia de la muerte y un pronóstico de vida inferior a 6 meses" (13).

3.1.2. Cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los Cuidados Paliativos (CP) como "el cuidado activo y total del paciente, que no responde ya a un tratamiento curativo, con especial atención al dolor, control de síntomas físicos, psicológicos y espirituales, incluida la familia y atendido por un equipo multidisciplinario" (14). La OMS especifica que "toda persona que tenga una enfermedad progresiva y avanzada, tiene derecho a recibir cuidados paliativos". El contexto

epidemiológico actual caracterizado por el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónico degenerativas cuya progresión en la mayoría de los casos es hacia etapas avanzadas y terminales, hace vigente la necesidad de conocer y aplicar los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. La calidad de vida de los cuidadores también mejora, de tal manera que, se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano y que, actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben (15). Estos cuidados, mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano y a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben.

3.1.3. Principios de los cuidados paliativos

Los Cuidados Paliativos están fundamentados en las bases terapéuticas del cuidado a pacientes con enfermedades crónicas y en fase terminal y en el apoyo a familiares próximos para enfrentar el duelo.

Entre los principales se encuentran, los siguientes principios:

- Proporcionar a los pacientes alivio al dolor y a otros síntomas asociados a su condición como ansiedad, inquietud, depresión, nerviosismo, necesidad de expresar sus sentimientos.
- Promover la vida entendiendo como proceso fisiológico que termina con la muerte, en la cual hay que aceptar como una realidad.

- No acelerar el fin de la vida, pero tampoco contribuir en retrasarlo prolongado el sufrimiento.
- Brindar apoyo terapéutico al paciente para que viva hasta el final con calidad y en las mejores condiciones posibles.
- Ofrecer apoyo a los familiares para enfrentar la pérdida inminente del familiar y el duelo por su muerte.

3.1.4. Objetivos de los cuidados paliativos

Los objetivos de este tipo de cuidados se centran en ofrecer el confort necesario para el paciente con una enfermedad avanzada y a sus familiares. Para conseguirlo, se deben cumplir varios objetivos:

1. **Aliviar el dolor y otros posibles síntomas**

El alivio del dolor en una enfermedad avanzada es un objetivo fundamental para poder ofrecer calidad de vida. Por poner un ejemplo y según datos de la SECPAL, entre el 60 y el 80% de las personas con un cáncer avanzado tienen dolor de moderado a severo y éste aumenta conforme avanza la enfermedad. Así que el uso de los fármacos (analgésicos) necesarios para aliviarlo se vuelve imprescindible para mantener un nivel de confort adecuado en la persona.

2. **Ofrecer la información y la comunicación adecuadas**

Otro objetivo de los cuidados paliativos es informar de manera progresiva respetando el ritmo de la persona y mantener una comunicación abierta con el paciente y sus allegados. Si esto se consigue, se reduce el estrés y la ansiedad que pueden surgir tanto en el paciente como en sus familiares.

3. **Respetar la autonomía**

Los pacientes tienen el derecho a recibir toda la información y a tomar sus propias decisiones, en el momento o mediante documentos como las voluntades anticipadas. De esta manera se respeta su autonomía, facilitando la expresión de sus opiniones y teniéndolas en cuenta.

4. **Apoyar y ofrecer soporte emocional a los familiares y allegados**

Ofrecer este apoyo es fundamental ya que las familias y allegados pueden vivir un impacto emocional importante. El miedo al sufrimiento de su familiar, la incertidumbre, la inseguridad o la impotencia son protagonistas en estos momentos. Si el personal sanitario ofrece soporte emocional, la familia estará más tranquila y por tanto el paciente también lo estará.

5. **Responder a sus necesidades espirituales**

Teniendo en cuenta que los cuidados paliativos no son sólo el control de síntomas, es fundamental atender las necesidades espirituales de la persona. Es decir, permitirle finalizar su propia biografía con dignidad y coraje, en armonía con los demás recuperando su plenitud.

6. **Asistir en todo el proceso**

Los cuidados paliativos implican la atención en todo el proceso de final de la vida. Esta atención física, emocional, social y espiritual dirigida a los pacientes y a sus familiares se ofrece durante todo el proceso, es decir, desde la información de la situación de enfermedad avanzada hasta el duelo de los familiares.

7. **Atender el duelo**

El proceso de duelo se asocia a diferentes síntomas físicos y emocionales. Y atenderlos también es parte de los profesionales de cuidados paliativos. Sufrir el dolor de la pérdida de un ser querido, aceptar la realidad o ajustarse a la nueva situación sin la persona son algunas de las tareas de este proceso (16).

3.1.5. Niveles de atención

Los Cuidados Paliativos se pueden presentar en distintos niveles, como nivel básico y especializado, a continuación, se detallará los niveles:

Nivel Básico: es donde se proporcionan servicios de forma esporádica, integrando, métodos y procedimientos de Cuidados Paliativos, en entornos no especializados, que son proporcionados por los médicos de familia, o profesionales de enfermería a nivel de la atención primaria, centros residenciales de ancianos (17). En estos cuidados se deben considerar los valores de cada paciente y principios básicos de los cuidados paliativos, comunicación, autonomía, dignidad, atención holística y calidad de vida.

Nivel Especializado: son servicios dedicados a la actividad de brindar cuidados paliativos, donde se cuenta con equipos multidisciplinarios especializados en el área, como: médicos, enfermos, trabajadores sociales, psicológicos, entre otros. En estas organizaciones se brinda atención a pacientes cuyas necesidades no pueden ser cubiertas por otros niveles de atención por su complejidad de tratamientos requeridos.

Tabla 1. Niveles de Intervención

Nivel	Tipo de cuidado paliativo	Definición
Primer Nivel	Enfoque de los cuidados paliativos	Cualquier profesional sanitario puede facilitar el enfoque paliativo de la enfermedad
Segundo Nivel	Cuidados paliativos generales	Saber manejar los problemas más comunes, deben ser administrados por algunos profesionales que han recibido formación específica
Tercer nivel	Cuidados paliativos especiales	Gran complejidad a nivel clínico y a nivel personal, familiar o social, que hacen precisa la actuación de servicios especializados en CPP

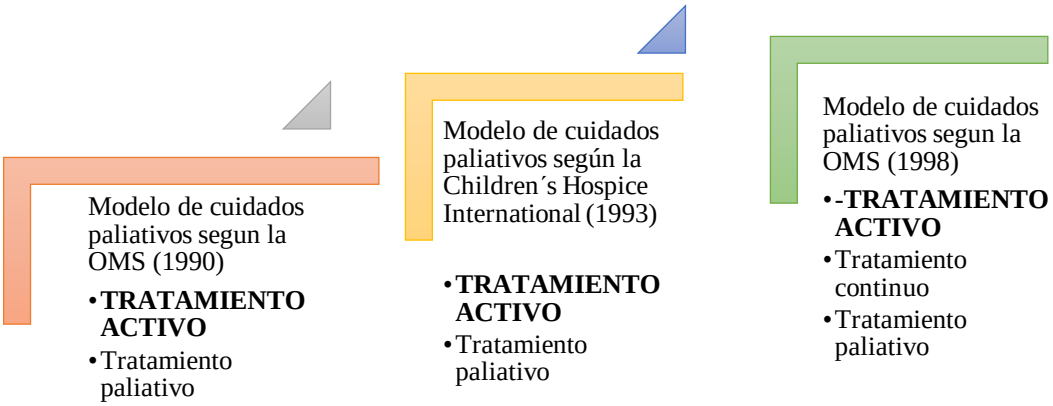
Fuente: Tomado y adaptado de Salvador y col (18).

Además, los recursos especializados en Cuidados Paliativos son: unidades de hospitalización de cuidados paliativos, centros residenciales tipos hospicios, equipos de soporte de cuidados paliativos. La identificación de la complejidad de los Cuidados Paliativos requeridos por un paciente debe ser determinada por los síntomas, situación funcional y cognitiva, situación socioeconómica, aspectos éticos, necesidades de tratamiento, entre otros. La población es dirigida a pacientes con enfermedades avanzadas y terminales, tales como: enfermedades crónicas, pronósticos de vida limitada, escasa probabilidad ante tratamientos, enfermedades neurodegenerativas, entre otras.

3.1.6. Modalidades de cuidados paliativos

A medida que ha ido avanzando la sociedad se han ido modificando los modelos de CP. En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía los CP como el "cuidado integral" de los pacientes que no habían respondido a tratamiento con intención curativa (19). Las principales dificultades que conlleva este modelo son que se trata de un modelo rígido, excluyente, donde para iniciar los CP es necesario terminar el tratamiento curativo, sin posibilidad de interacción entre ambos y relegando la paliación a un estado de terminalidad.

Gráfico 1. Modelos de Cuidados Paliativos



Fuente: Tomado y adaptado de la Organización Mundial de la Salud (20).

Los Cuidados Paliativos son el enfoque que mejora la calidad de vida de estos enfermos y de sus familias (independientemente de la edad), por lo tanto, estos cuidados son transversales (deben proporcionarlos todos los profesionales de la salud, en todos sus contextos asistenciales) y continuados según cada fase evolutiva; sin embargo, los cuidados paliativos se han desarrollado paulatinamente, considerándose un desafío complejo.

3.1.7. Cuidados paliativos en pacientes con enfermedad terminal

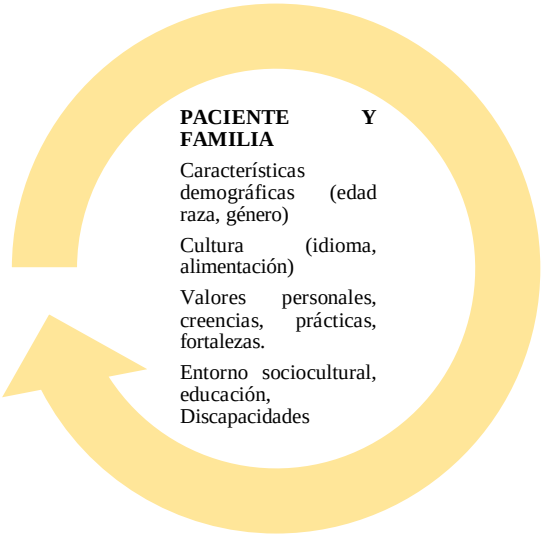
El cuidado paliativo, mediante su modelo de atención integral, proporcionado por un equipo interdisciplinario, mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

La atención de cuidados paliativos según la OMS cumple con los siguientes principios:

- Proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No aceleran ni retrasan la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.

- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas"
- Permiten una mejor adaptación al medio
- Contribuyen a mantener y fomentar la interculturalidad
- Alivio del sufrimiento
- Individualización del cuidado
- Comunicación efectiva

Gráfico 2. Modelo Multidimencional de las necesidades



- 1. **MANEJO DE LA ENFERMEDAD**
  -Diagnóstico definitivo, pronóstico, evidencia.
  Diagnóstico secundario
- **2. FÍSICOS**
  -Dolor y otros síntomas
  -Nivel de conciencias, estado cognitivo.
  -Función seguridad, soportes:Motor(movilidad, deglución,eliminacion.Sentidos(oidos,vista,olfato,gusto,tacto) Fisiológicos (respiracion, olfato, audicion)
- **3. Psicológicos**
  -Personalidad, fortalezas, comportamiento, motivación.
  -Depresión, ansiedad
  - Emociones (enfado,distres, desesperanza, soledad)
  -Métodos(abandono, cargas, muerte)
  -Control, dignidad, independencia
  -Conflicto, culpas, estres, afrontar cambios
- **4. SOCIALES**
  Valoresculturales,creencias,prácticas-Relaciones,rolesconlafamilia,amigos, comunidad.-.Aislamiento,abandono,reconciliación.-ambiente seguro-reconfortante.-Privacidad,intimidad.-Rutinas,rituales,distracción,aficiones.-Recursos-financieros,gastos.-Legal(poderes legales para negocios, cuidados de la salud, últimas voluntades-testamento-beneficiarios)
- **5. ESPIRITUALES**
  -Significado, valor-Existencial, trascendental.-Valores, creencias, prácticas, afiliaciones.-Consejeros espirituales, rituales.-Símbolos, íconos.
- **6. PRÁCTICOS**
  -Actividades diarias (cuidado personal, tareas domésticas)-Cargas familiares, mascotas.-Acceso al teléfono, transporte, tecnología, medios de comunicación.
- **7–CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA/MANEJO DE LA MUERTE**
- -Asuntos pendientes (finalización de negocios, cierre de relaciones, decir adiós)- Entrega de presentes (cosas, dinero, órganos, pensamientos) -Creación del legado- Preparación para la muerte esperada-Anticipación manejo de cambios psicológicos en la agonía.-Ritos
- **8. PÉRDIDAS, DUELO-**
- Pérdidas.-Duelo (Ej. agudo crónico, anticipatorio)-Planificación del duelo-Luto

Fuente: Tomado y adaptado de Ministerio de Salud Pública (21)

3.1.8. Guía de cuidados paliativos Ministerio de Salud Pública

La dignidad del ser humano está sobre los adelantos científicos y la investigación. La ética principalista, la ética de la responsabilidad, el cuidado de sí mismo y de los otros, lleva al hombre a cuestionarse lo que significa el respeto a la vida humana desde su inicio hasta sus últimos instantes de vida, acepta el carácter moral del ser humano, promueve la calidad de vida del paciente y no solamente el tiempo de sobrevida o la ausencia de síntomas (22). El actuar terapéutico paliativo va encaminado a la búsqueda de la calidad de atención multidimensional al ser humano frágil, vulnerable, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de vida y brindar la asistencia y acompañamiento hasta el devenir de la partida inminente.

El Ministerios de Salud Pública (MSP) elaboró una guía de práctica clínica donde destaca las acciones que los profesionales sanitarios deben realizar en la atención de los cuidados paliativos, la cual consiste en el "diagnóstico y tratamiento farmacológico y no farmacológico de las personas con enfermedades crónicas, progresivas, avanzadas, incurables, con pronóstico de vida limitado, en fase terminal y sus familias" Entre los aspectos organizativos de los cuidados paliativos se encuentran (23):

- Predicción de la supervivencia: Responde al tiempo que le queda al paciente, es decir, el pronóstico de vida luego de una exhaustiva evaluación.
- Información, comunicación y toma de decisiones: Se intenta cubrir la necesidad de comunicación del enfermo y su familia, donde los profesionales deben mantener una comunicación efectiva incluyendo las malas noticias.
- Principios generales del control de síntomas: Se mantiene un evaluación y revaluación constate del paciente y su entorno debido a la progresión de la enfermedad.

- Tratamiento del dolor: Se evalúa la intensidad del dolor mediante instrumentos o escalas que validen la situación para tomar medidas al respecto.
- Síntomas asociados a las enfermedades crónica: Cada enfermedad presenta distintos síntomas físicos y psicológicos, por lo que deben ser atendidos.

Ante esto, vale reconocer la importancia del aspecto ético en las prácticas de cuidados paliativos, pues el respeto a su dignidad, creencias y autonomía deben ser la línea sobre la cual se trabajen estas acciones.

3.1.9. Rol de enfermería en cuidados paliativos

Hoy en día, se utilizan aproximadamente en todo el mundo y para una variedad de condiciones, incluso en casos en los que el paciente puede curarse (24). A pesar de que inicialmente el cuidado paliativo pediátrico (CPP) se dirigió a pacientes con enfermedades oncológicas, gracias al aumento de las tasas de supervivencia y curación, han permitido que hoy por hoy, se amplíe significativamente el número de pacientes beneficiarios de este tipo de cuidados, siendo mucho más amplio y heterogéneo. Incluyendo a su vez a quienes padecen patologías neurológicas, cardiacas, gastrointestinales, malformaciones congénitas, patologías adquiridas e infecciosas, entre otras.

Los CP son una forma de brindar asistencia que tiene como eje a las personas, y en CPP las personas son los niños, su entorno y el equipo profesional encargado de la prestación de los cuidados. Considerar al niño como persona significa comprender la multidimensionalidad de un sujeto que posee una identidad y una dignidad propias, perteneciendo a una cultura determinada, que asume una sucesión de valores propios o familiares y está sostenido por un conjunto de vínculos humanos, materiales y espirituales. Por tanto, atenderle de forma integral considera tener

en cuenta tanto los problemas objetivos como las necesidades que manifiesta en los distintos niveles de su persona: física, psicológica, espiritual, y social.

Los objetivos de esta atención paliativa pediátrica son:

Atención integral individualizada y continuada, teniendo en cuenta los rasgos físicos, emocionales, sociales y espirituales.

- El niño enfermo y los familiares más cercanos son el propósito a considerar.
- La promoción de la autonomía y la dignidad del paciente deben guiar las decisiones de tratamiento a llevar a cabo.
- La disposición del cuidado debe ser rehabilitadora y eficaz.
- Importancia del entorno, creando un ambiente de confianza, bienestar y comunicación, influyendo de forma definitiva en el manejo de los síntomas.
- Favorecer la asistencia en el lugar donde el niño y la familia prefieran estar siempre y cuando existan recursos para llevarlos a cabo.

3.1.10. Planificación de los cuidados

El estado general del paciente y su pronóstico son el eje fundamental de las acciones y cuidados que se tomarán en cuenta en la planificación de los cuidados personalizados de cada paciente en etapa terminal. Para esto se visibilizan aspectos a considerar en dicha planificación (25):

- Se debe priorizar los problemas acordes a las necesidades inmediatas del paciente, ya que muchas veces puede ser difícil abarcarlos todos.
- Es necesario trazar objetivos que se puedan cumplir a corto plazo, pues la enfermedad seguirá progresando y desmejorando hasta el final de su vida.

- Hay que identificar los recursos disponibles en el entorno en el que se ejerzan los cuidados paliativos.
- Se debe tomar en cuenta opinión del paciente terminal y su familia al momento de tomar decisiones en la planificación de los cuidados.
- Por último, es imprescindible proveer a la familia una educación sanitaria sobre los cuidados que se deben realizar en conjunto con el equipo multidisciplinario.

En resumen, los cuidados paliativos se realizan a través de los siguientes elementos: una comunicación adecuada, un correcto control de los síntomas, el empleo eficaz de las medidas que permitan calmar o minimizar el sufrimiento, y un acompañamiento a la familiaantes del fallecimiento del paciente (26).

3.1.11. Proceso de atención enfermero ante los cuidados paliativos

Una de las estrategias más adecuadas en el rol de enfermería son los planes de cuidados, mediante los cuales se organizan las acciones dirigidas a brindar el cuidado necesario a las personas con enfermedad terminal. En este proceso de atención en enfermería logramos distinguir cinco etapas importantes, que se describen a continuación (27):

- Valoración inicial: En esta primera parte se valora el estado global funcional, las necesidades y alteraciones orgánicas de la enfermedad, estrategias de afrontamiento, así como el entorno con el que se relaciona. Para esto, se pueden utilizar diferentes métodos, escalas generales o específicas.
- Diagnóstico: Una vez recogida la información se la analiza, estableciendo un juicio clínico para elaborar el diagnóstico real del paciente y plantear los objetivos de intervención. Se puede usar la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

- Planificación: Una vez especificado el diagnóstico se procede a establecer las intervenciones que permitan alcanzar los objetivos planteados.
- Ejecución: Se pone en práctica el plan y se observan las respuestas frente a la intervención.
- Evaluación: Por último, se va determinando la consecución del logro de objetivos, valorando las intervenciones de forma individual y validando el tratamiento para el paciente. Es necesario revaluar el proceso (28).

3.1.12. Actitudes ante la muerte del paciente terminal

Los profesionales en enfermería que ofrecen cuidados paliativos a pacientes terminales están expuestos a presenciar, en algún momento, la muerte de estos pacientes, por ello se considera oportuno que desarrollen habilidades de afrontamiento adecuadas para enfrentar la muerte de una forma más cercana y para que el proceso no sea difícil de atender (29). En este sentido, las actitudes del enfermero pueden ser diversas, tal como lo demuestra el estudio de Morales et al. donde se demostró que el personal de enfermería tenía sentimientos de indiferencia respecto al cuidado del paciente ante la muerte, lo cual generaba en ellos la necesidad de alargar la vida del paciente, aunque estos sabían que sería temporal. Pues no consideran a la muerte como un fracaso profesional (30).

Por otro lado, el estudio de Vargas-Daza asegura que la muerte del paciente, para la formación profesional de la enfermera, no es un fracaso profesional sino parte de la vida de cualquier ser humano (a menos que fuera una negligencia). Sin embargo, para las enfermeras de este estudio, ante la realidad de no poder solucionar por completo o apoyar a los pacientes durante todo el proceso les genera estrés y las mantiene en una crisis existencial entre ser profesional o sólo una persona capacitada que acompaña a otra persona en el momento de su muerte (31).

3.1.13. Costes de cuidados paliativos

En los pacientes con cuidados paliativos el dolor es capaz de convertirse en el centro de su vida, que implican consecuencias físicas, emocionales, sociales y espirituales, que exigen el análisis cuidadoso de sus diferentes elementos, donde enfermería debe conocer de cerca las vivencias y el significado dado por el paciente y el cuidador a todas las experiencias vinculadas al dolor, para intervenciones eficaces en su manejo (32). Por otro lado, tomando en cuenta el contexto de la Emergencia sanitaria por covid19, las enfermeras también han experimentado mucho estrés psicológico al cuidar de pacientes y familias durante la pandemia; a los que se puede incluir los entornos de cuidado intensivos y paliativos, donde se percibía el miedo a ser contagiados y morir (33).

3.1.14. Conflictos con los principios de bioética

La bioética se basa en cuatro principios fundamentales: autonomía (facultad de gobernarse a sí mismo), beneficencia (obligación del bienestar de los demás, siendo sumamente necesario tener en cuenta los deseos, necesidades y derechos de los demás), justicia (trato justo a cualquier individuo) y no maleficencia (no causar daño al individuo) (34). Estos principios deben regir cualquier acción que se relacione con la vida, es decir, desde el nacimiento hasta la terminalidad.

Para muchos profesionales de la salud, la muerte tiene señalados aspectos que caracterizan el fracaso y la incompetencia en el cuidado del paciente, y la lucha por la vida es la garantía del éxito profesional (35). Frente a esto, la conciencia de la finitud humana y su (re)valorización debe dirigirse a toda la extensión social, ya que la muerte es también un proceso natural del ciclo vital.

3.1.15. Relación con las teorizantes de enfermería

Desde la perspectiva de la enfermería Du Gas señala que los cuidados paliativos incluyen:

- Parámetros vitales, como chequeos de frecuencia cardiaca, respiratoria, etc.
- Apoyo psicológico y comunicación con el paciente y familia: la cual debe ser fluida sin desencadenar mal entendidos ni miedos.
- Cuidados de higiene personal como el aseo bucal, baño, aseo corporal.
- Cuidados de la piel como la aplicación de cremas y limpieza de sábanas y ropa, hidratación y masajes.
- Alimentación: Estimular y controlar la ingestión de nutrientes necesarios diariamente, enseñar al familiar de cómo presentar los alimentos al paciente, recomendar ingesta en pequeñas cantidades de forma frecuente.
- Alivio de dolor: Apoyar psicológicamente al paciente y familiares en todo momento, administrar el medicamento indicado para el alivio del dolor, observar reacciones adversas.
- Eliminación: Conectar sondaje vesical intermitente o permanente sí es necesario, observar características de la orina y cuantificar en cada turno, movilizar al paciente si el estado físico lo permite.
- Confort y seguridad: Favorecer un ambiente adecuado, aislar al paciente en caso necesario, evitar ruidos en horarios de descanso, establecer prioridades en el tratamiento del paciente, proteger al paciente de lesiones y caídas.

Una base teórica sobre el campo de los cuidados paliativos es la de Carrillo, 2017, que presenta el modelo físico del morir, el cual es un referente en el abordaje de la muerte y de cuidados paliativos. Este modelo plantea cinco etapas por la que comúnmente pasan los pacientes con enfermedades incurables, también conocidas como fases del duelo, que culminan en la aceptación de la propia muerte (36). Por otro lado, el confort se entiende como un estado que experimentan

quienes reciben las intervenciones. Desde esta teoría se valoran cuatro contextos: el físico, se refiere a sensaciones del propio cuerpo; el psico espiritual, relacionada a la conciencia interna, autoestima y autoconcepto; ambiental, factores externos del entorno; y el sociocultural, referente a las relaciona interpersonales. El confort derivado de acciones reconfortantes utilizando dichos contextos expresan el cuidado y alivio del sufrimiento.

Cuando la incertidumbre es concebida como una oportunidad, las personas avanzan hacia una reestructura cognitiva y en la búsqueda de alternativas para sentirse apoyados afrontando la enfermedad; por el contrario, cuando la incertidumbre se percibe como una condición negativa, en la mayoría de estudios incluidos en el presente artículo, se asocia la incertidumbre con síntomas que afectan a la persona como la fatiga, la depresión, ansiedad, estrés, el dolor, la incertidumbre puede ser la mayor fuente de ansiedad y estrés, aspecto que provoca reactividad fisiológica y aumenta la emocionalidad del paciente.

3.2. Fundamentación del estado del arte

En el campo de la enfermería, los cuidados paliativos desempeñan un papel fundamental en el manejo de la etapa terminal de una enfermedad, estos cuidados se centran en mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, aliviando el sufrimiento físico, emocional y espiritual asociado con la enfermedad avanzada. En este sentido, la teoría humanista de Callista Roy proporciona un marco conceptual valioso para comprender el rol de la enfermería en la provisión de cuidados paliativos en esta etapa crítica.

Por lo anteriormente dicho y después de haber realizado una revisión exhaustiva en las diferentes bases de datos, se evidenció que el rol de enfermería en el cuidado paliativo, durante la etapa terminal, requieren un cuidado integral del profesional de enfermería, logrando evidenciar, como este cuidado ofrecido por esta disciplina es la clave para garantizar una atención exclusiva

y diferenciada a este grupo, se encontraron aspectos relevantes, uno de ellos fue el acompañamiento como factor correlacionado con el cuidado de las usuarias en la etapa terminal.

Autores como Swon, Kin y Choi (2020) China, iniciaron un estudio sobre" Experiencias de las enfermeras al brindar cuidados de enfermería sensibles" a personas con cáncer en fase terminal", se plantearon explorar la atención sensible de enfermería proporcionada por las enfermeras que atienden a pacientes en fase terminal, mediante la aplicación de entrevistas utilizando el enfoque fenomenológico, obteniendo como resultados que, ocho grupos temáticos tenían dos dimensiones actitudes sensibles y conductas sensibles de enfermería. Las actitudes sensibles incluyeron reflexionar sobre experiencias pasadas, aceptación hacia la muerte, usar la intuición para abordar situaciones críticas, concluyendo que, el trabajo en equipo y los modelos a seguir pueden ayudar a mejorar los cuidados paliativos en las enfermeras que atienden a personas con enfermedades terminales a mejorar la sensible atención de enfermería (37).

De la misma forma Tay, Compton, Phua et al (2021) Singapur, en su investigacion sobre "Percepciones de los profesionales de la salud hacia los cuidados paliativos en las salas de medicina interna" se propusieron identificar los obstáculos que influyen en los cuidados paliativos a pacientes en etapa terminal, mediante un estudio cualitativo, encuestando 156 enfermeras, obteniendo como resultados que, la atención de pacientes terminales con enfermedades crónicas no malignas que limitan la vida se ve comprometida por preocupaciones sobre el papel de los cuidados paliativos en la atención no oncológica y fallas en sus habilidades de pronóstico y comunicación, concluyendo que, la comprensión y la capacidad de las enfermeras para comunicar cuestiones relacionadas con el final de la vida, no es asertiva, por tanto sugieren la necesidad de un programa de formación longitudinal (38).

Para Franjic (2022) Croacia; en su investigacion sobre “Enfermería en cuidados paliativos” se propuso como objetivo conocer cómo se aplican los cuidados paliativos integrales destinados a proporcionar en la atención sanitaria a pacientes con enfermedades terminales, bajo un enfoque cualitativo, obteniendo como resultados que, un enfoque paliativo es un acercamiento completamente holístico a otra persona, uno de los cuales es un profesional de la salud y el otro un paciente, uno de los cuales es un profesional de la salud y el otro un paciente, cuidados que están dirigidas principalmente a reducir el sufrimiento y el dolor, lo que mejora la calidad de vida de los pacientes, concluyendo que la enfermera es responsable de planificar, conducir y evaluar la atención médica con evaluación continua, educar a los pacientes y sus familias y colaborar con otros miembros del equipo interdisciplinario (39).

Un estudio realizado por Kostopoulou, Parpa, Tsilika et al (2019) Grecia, en su estudio titulado “Percepciones del cuidado de los pacientes con cáncer avanzado: el impacto de los síntomas psicológicamente angustiosos y el duelo preparatorio” con el objetivo de evaluar la relación entre la dignidad del paciente en cáncer avanzado y el rol de enfermería ante la angustia psicológica, duelo preparatorio y características sociodemográficas y clínicas, mediante un método descriptivo, con abordaje cualitativo, como resultado obtuvieron que, se encontraron correlaciones significativas de moderadas a fuertes entre las 4 subescalas de PDI-Gr (angustia psicológica, imagen corporal e identidad de rol, autoestima y apoyo social), concluyendo que, el duelo preparatorio, la angustia psicológica y los síntomas físicos tuvieron asociaciones significativas con las percepciones de dignidad entre los pacientes con cáncer avanzado (40).

Otro estudio realizado por Devi, Saunders, Auret et al (2019) (Australia), sobre “Necesidades de cuidados paliativos entre pacientes con enfermedades avanzadas en Bután” se plantearon como objetivo, explorar las necesidades de cuidados paliativos entre pacientes

diagnosticados con enfermedades avanzadas, mediante un estudio descriptivo transversal, llevaron a cabo una encuesta estructurada, obteniendo como resultados que el (76%), de 93 pacientes, aceptaron participar en la encuesta. Las puntuaciones dieron bajas a moderadas en el funcionamiento físico, de rol, emocional, cognitivo y social, moderada en la escala de salud global/calidad de vida y moderadamente altas (peores) en síntomas como fatiga, dolor, insomnio, pérdida de apetito y el impacto financiero de la enfermedad, concluyendo que, a carga de síntomas que experimentan los pacientes demuestran la necesidad de cuidados paliativos (41).

Para Lo Mónaco, Mallaci, Natoli et al (2020) Italia, en su estudio sobre "Relaciones humanas en el final de la vida de los pacientes: rol de enfermería en una sala de cuidados paliativos" objetivo explorar las necesidades internas de los pacientes que viven en cuidados paliativos, mediante un estudio cualitativo descriptivo, como resultado obtuvieron que, las relaciones humanas parecen representar una clave fundamental en el final de la vida de los pacientes, especialmente en su apego familiar, porque, como era de esperar, los pacientes con enfermedades terminales parecen temer el dolor y la muerte inminente, sus pensamientos principales siempre se centraban en las relaciones humanas, concluyendo que, el cuidado enfermero al final de la vida debería mejorar la calidad del tiempo que cada paciente podría pasar al final de la vida (42).

Así mismo Etafa, Wakuma, Fetensa et al (2020) Etiopía, en su estudio "Conocimiento de las enfermeras sobre cuidados paliativos y actitud hacia los cuidados al final de la vida en hospitales públicos de las zonas de Wollega" con el objetivo de evaluar el conocimiento de las enfermeras sobre los cuidados paliativos y la actitud hacia los cuidados al final de la vida en hospitales públicos en las zonas de Wollega, Etiopía, mediante un estudio transversal

multicéntrico de base institucional para recopilar datos de 372 enfermeras que trabajaron en hospitales públicos, obetniendo como resultados que, la mayoría de ellos mostró un nivel inadecuado de conocimientos sobre cuidados paliativos, concluyendo que el conocimiento de los enfermeros sobre cuidados paliativos es inadecuado y mostró una actitud menos favorable hacia los cuidados al final de la vida (43).

Para López García (2022) España, en su investigacion sobre "Los cuidados paliativos son cuidados complejos" se evaluar los conocimientos en Cuidados Paliativos en profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) del primer nivel de atención sanitaria Métodos: Estudio descriptivo transversal en el que se evaluó el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos, como resultados, de forma global el 70,5% de los profesionales afirmaron no haber recibido formación durante sus estudios en Medicina o Enfermería, un 68,6% no había realizado formación continuada durante los últimos 5 años y un 71% no tenía experiencia laboral en cuidados paliativos, concluyendo que, los médicos poseen un conocimiento mayor en cuidados paliativos que las enfermeras, sin diferencias entre géneros, sin embargo, el nivel de conocimiento de las enfermeras está aumentando debido a la preparación continua (44).

Autores como Pott, Arboit, Mistura et al (2019) Brasil, en su investigación "Cuidados paliativos: percepciones del equipo multidisciplinario en una unidad hospitalaria" con el objetivo de conocer la percepción del equipo multiprofesional de salud en relación a los cuidados paliativos, mediante un método exploratorio descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado en un hospital del Sur de Brasil con enfermeros, fisioterapeutas, médicos y técnicos de enfermería, como resultados: el análisis permitió la constitución de una categoría que versa sobre los cuidados paliativos al paciente y su familia y la importancia del tema en los cursos de formación en el área de la salud, concluyendo que, para el equipo, los cuidados paliativos

consisten en ofrecer alivio del dolor y del sufrimiento, proporcionando confort físico y psicológico, manteniendo buena relación con el paciente y la familia (45).

De la misma forma, Moraes, Miranda, Leitao et al (2019) Rio de Janeiro, en su estudio sobre “Gestión de los cuidados de enfermería en VIH/SIDA desde una perspectiva paliativa y hospitalaria” se plantearon como objetivo, analizar acciones relacionadas con los cuidados paliativos, mediante un método de investigación cualitativa, exploratoria, obtuvieron como resultado que cinco categorías que abarcaron el perfil de la persona hospitalizada, los cuidados paliativos, las condiciones intervinientes para la gestión del cuidado, la necesidad de calificación profesional y otros aspectos para una mejor organización y gestión de la atención, incluida la gestión de conflictos, concluyendo así que, es necesario comprender el flujo de atención para evitar reingresos y la no adherencia a los medicamentos, requiriendo nuevas investigaciones en el área, como la implementación (46).

Así mismo, Siqueira y Teixeira (2019) Brasil, en su estudio “Cuidados paliativos oncológicos y sus influencias psíquicas en la percepción de los enfermeros”, con el objetivo de comprender las principales influencias psicológicas de los cuidados paliativos oncológicos en la percepción del enfermero, mediante un estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cualitativo, obteniendo como resultados que, existen dos discursos de sujeto colectivo (DSC) con ideas centrales DSC1 - "influencia negativa a causa de los cuidados paliativos " y DSC2 "influencia positiva derivada de los cuidados paliativos oncológicos en la percepción de la enfermera " concluyendo que, es evidente la influencia del trabajo en el comportamiento del enfermero, siendo a veces fuente de sufrimiento, también conflictos en el equipo multidisciplinario, los conflictos organizacionales y el agotamiento (47).

Así Luna, Lima, Borba etal (2022) Brasil, en su estudio sobre “Cuidados preoperatorios al paciente en etapa terminal de la enfermedad desde la perspectiva del enfermero” se propusieron como objetivo, comprender los significados atribuidos por los enfermeros al cuidado preoperatorio brindado al paciente con enfermedad terminal. Métodos: investigación cualitativa que utilizó como referente metodológico la Teoría Fundamentada de Callista Roy, obteniendo como resultados: Se elaboró una teoría para el fenómeno central: enfermeras que atienden a pacientes con enfermedades terminales en el período preoperatorio, concluyendo que, los enfermeros atribuyen significados a este cuidado que tiene particularidades propias, que requiere preparación profesional y que exige, aún más, una comunicación efectiva dentro del equipo multidisciplinario y en la relación con el paciente y la familia (48).

Para Escobar, Angulo, Gallego et al (2020) Manizales, en su investigación sobre “Problemas a los que se enfrenta el personal de enfermería en el cuidado paliativo”, con el objetivo de analizar los estudios que revelan los problemas a los que se enfrenta el personal de enfermería que se encarga del cuidado paliativo, mediante una revisión bibliometrica y narrativa, obteniendo como resultados. Algunos de los problemas encontrados fueron sentimientos negativos que repercuten en los profesionales de enfermería como consecuencia del entorno donde se están brindando los cuidados paliativos, el riesgo de padecer el síndrome de burnout es más frecuente cuando experimentan situaciones de importancia y de frustración emocional, concluyendo que, es importante los conocimientos del personal de enfermería al momento de brindar un cuidado paliativo, ayudando así a mejorar la calidad de vida del paciente, brindando un cuidado integral que fortalece una atención holística para cada paciente de forma individualizada (49).

De la misma forma. Coral Ibarra (2020) Bogotá, en su estudio “Calidad de vida de los pacientes con Enfermedad terminal de una institución privada de la ciudad de Bogotá”, con el objetivo de determinar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad terminal, mediante un estudio descriptivo, transversal de abordaje cuantitativo, obteniendo como resultados que, los pacientes, en su mayoría pertenecían el sexo femenino, se encontraban entre las edades de 18 a 75 años, 60 pacientes percibieron sobrecarga intensa asociada a su tratamiento, las variables en las que se encontró asociación fueron: edad con nivel de sobrecarga. Estado civil con sobrecarga, ser único cuidador y bienestar espiritual. Ser único cuidador con sobrecarga y con bienestar físico y calidad con sobrecarga, concluyendo que, la calidad de vida de la población en general se considera regular en sus diferentes dimensiones (50).

Así mismo, Roldán (2022) Guayaquil, en su estudio sobre” Rol de enfermería en los cuidados nefrológicos pediátricos dentro del Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante de la ciudad de Guayaquil, periodo 2022”, se planteó determinar el rol de enfermería en los cuidados nefrológicos pediátricos dentro del Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante de la ciudad de Guayaquil, periodo 2022. Desde el punto de vista metodológico, esta investigación con enfoque cualitativo, de tipo fenomenológica, con un enfoque interpretativo, obteniendo como resultados que, dentro de los factores que influyen de los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos se encuentran, las características propias del tratamiento, el cual es doloroso, la irritabilidad del paciente, concluyendo que, la presencia de los familiares son factores que influyen de manera positiva o negativa, de acuerdo al caso (51).

Autores como Acurio, Quijije y Vasquez (2022) Quevedo, en su estudio sobre “El rol de la enfermería en los cuidados paliativos” se, plantearon como objetivos determinar el rol de enfermería en cuidados paliativos, mediante una metodología que se enmarca dentro de una

revisión bibliográfica de tipo documental, obteniendo como resultados El rol de enfermería en los cuidados paliativos, está más que claro, es el brazo ejecutor de las decisiones médicas, en la transición de una manera tranquila del paciente terminal hacia la muerte, aunque, el rol no termina allí, es un enlace directo entre la enfermera y la familia, además, le toca lidiar con las interrogantes y preocupaciones tanto del paciente como de sus familiares, y es comprensible, ya que los enfermeros son los que pasan más tiempo con los pacientes y sus familias, concluyendo que, este rol no es solo de atención, sino un rol humanista (27).

Para Bailón (2021) Manta, en su investigación sobre "Rol de enfermería en cuidados paliativos a pacientes con cáncer", se planteó como objetivo Determinar cuál es el rol que cumple el profesional de enfermería al asistir a pacientes con cáncer en su domicilio y su repercusión en su calidad de vida. Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica de artículos indexados de fuentes nacionales e internacionales, obteniendo como resultado que, conocer la realidad del rol del profesional de enfermería frente a un paciente con cáncer, es esencial en nuestro medio, ya que existe un aumento significativo de pacientes con necesidad de estos cuidados, concluyendo que, el profesional de enfermería cumple un rol indispensable en el cuidado a estos pacientes; pero a pesar de tener la voluntad de brindar su servicio, aún existe déficit de conocimiento y temor al momento de brindar estos cuidados paliativos (52).

4. Capítulo II. Marco Metodológico

Ruta de investigación asumida

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo observacional descriptivo, corte transversal y no experimental, donde se determinó rol de enfermería y cuidados paliativos en pacientes en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy en el personal que labora en el Hospital de Especialidades de Portoviejo, mediante un instrumento que se aplicó a 50 enfermeras del área

de emergencias, donde se planteó un problema de estudio delimitado y concreto, con la medición de las variables en un determinado contexto, utilizando métodos estadísticos para extraer una serie de conclusiones (26).

Diseño utilizado

No experimental de corte transversal. Estudio que no tuvo determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación. El investigador observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna. La recolección de los datos se hace en un solo momento, en un tiempo único en un momento dado.

Alcance de la Investigación

Estudio descriptivo, método donde se realiza una exposición narrativa, numérica o gráfica, bien detallada y exhaustiva de la realidad que se estudia, busca un conocimiento inicial de la realidad que se produce de la observación directa del investigador, y del conocimiento que se obtiene mediante la lectura o estudio de las informaciones aportadas por otros autores (56).

Técnicas

La encuesta, es un método que consiste en un procedimiento de recolección de datos que incluye una serie de pasos, en la que el investigador recopila información mediante el cuestionario previamente diseñado y validado (57). Se siguieron preguntas predefinidas y se busca obtener respuestas específicas, que permite obtener información precisa y medible sobre una población determinada, en este caso se aplicó la encuesta a 50 enfermeras que laboran en el Área de emergencias del Hospital de Especialidades de Portoviejo.

Población

La población estuvo considerada por un total de 52 profesionales de enfermería, pero se aplico una prueba de muestra finita con el 95% de fiabilidad, quedando como muestra 50 enfermeras que

brindan cuidados paliativos en el área de emergencia del Hospital de Especialidades

Criterios de Inclusión

- Enfermera que laboran en el área de emergencia del hospital de especialidades Portoviejo
- Enfermeras que brinden cuidado directo a pacientes en etapa terminal enfermeras que firmen el consentimiento informado
- Estudios relacionados con los presente investigación e idioma inglés español.

Criterios de exclusión

- Enfermeras que laboren en el Hospital de Especialidades Portoviejo, pero que sólo se encuentran cubriendo por turno en el área de emergencia**.**

Criterios de Eliminación

- Enfermeras que finalicen su contrato durante el período de estudio.

Variables a analizar son:

Variable independiente: cuidados paliativos en etapa terminal

Variable dependiente: rol de enfermería

4.1. Métodos de Investigación

Historico-logico

El método histórico estudia la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, por lo tanto, lo histórico refleja los momentos esenciales en el desarrollo del objeto. El método lógico investiga las leyes generales del funcionamiento y desarrollo de los fenómenos (53). El estudio que pretende esclarecer la pertinencia del rol de enfermería y los cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy.

Deductivo

Permitió determinar las características de una realidad particular que se estudió por derivación o resultado de los atributos o enunciados contenidos en proposiciones o leyes científicas de carácter general formuladas con anterioridad. En este contexto se investigó el rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, para establecer estrategias pertinentes que permitieron resolver el problema de investigación abordado en el estudio.

Métodos empíricos:

Encuestas.

Este método facilito al investigador a mantenerse en contacto directo con los sujetos investigados, además de proporcionar reconocer resultados que pueden ser relevantes para la investigación, en el caso de la presente investigación, mediante este medio se obtuvo la información relacionada con el rol que cumple la enfermera al brindar cuidados paliativos a pacientes en etapa terminal que acuden al área de emergencia del Hospital de Especialidades, donde se empleó un instrumento validado para la recolección de información, denominado "Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos" (53) (54), que consta de 4 ítems, que será valorada mediante la Escala Likert de 4 opciones de respuesta, en donde se asigna un valor a cada pregunta, siendo así: De acuerdo I: Indeciso D= 2: En desacuerdo T.D = 3: Totalmente en desacuerdo = 4. Los ítems se enuncian de manera positiva y están distribuidos de manera interna de forma que enfatizan en: Ambiente, Adaptación transcultural, generalidades del cuidado paliativo, sintomatología del cuidado paliativo, farmacología, preguntas predefinidas, donde se buscó obtener respuestas específicas, que permitieran obtener información precisa y medible, se aplicó a 50 enfermeras que laboran en el Área de emergencias del Hospital de Especialidades de Portoviejo. Cabe mencionar que se hicieron adaptaciones que están dentro del rango permitido por la Maestría en Gestión del Cuidado (25).

Análisis de los documentos

El presente estudio fue centrado en la medición de la frecuencia de las palabras o conceptos en los documentos, utilizada en la investigación para identificar los temas y dimensiones que son importantes en rol de enfermería en cuidado paliativos.

Revisión bibliográfica

Este método fue utilizado en esta investigación ya que brindo una recopilación de análisis y síntesis de la literatura científica existente sobre un tema determinado. La revisión bibliográfica puede utilizarse para identificar las principales teorías y conceptos relacionados con el rol de enfermería. Las bases de datos utilizadas en la recolección de información fueron seleccionadas mediante la revisión de la literatura científica, haciendo uso de los descriptores de medicina paliativa, rol de enfermería, etapa terminal, paciente terminal, en las bases de datos de SCIELO, RESEARCHGATE, REPOSITORIO, identificando 42 artículos científicos, 41 en idioma español y 1 en el idioma de inglés.

Métodos Estadístico Matemáticos

Estadística descriptiva

Este método permitió recolectar, organizar, analizar, interpretar y describir los datos obtenidos en relación a la problemática de estudio, que permitieron resumir y presentar los datos con mayor facilidad y legibilidad, empleando elementos como gráficos y tablas**,** a fin de poder llegar a una conclusión lógica a partir de los elementos estudiados (54).

4.2. Procedimiento

En esta investigación se consideró la secuencia de SAMPIERI paso a paso sobre la investigación cuantitativa, el cual se procedió a realizar lo siguiente:

1. Selección del tema, según el problema de investigación identificado. Búsqueda de información sobre otras investigaciones relacionadas con el tema.
2. Planteamiento del problema de investigación, definición de objetivos, formulación de la pregunta de investigación, y la hipótesis.
3. Selección de métodos y procedimientos, descripción de las técnicas utilizadas, y recopilación de la información.
4. Redacción del contenido de la investigación: se escriben los hallazgos, y se busca conectar los resultados con la pregunta de investigación.
5. Redacción de las conclusiones: se interpretan los hallazgos en el contexto de la investigación y el campo de estudio en general.

4.3. Consideraciones éticas

El presente estudio se realiza siguiendo las recomendaciones y los principios éticos tales como: beneficencia, justicia, respetos establecidos en el acuerdo ministerial Nro. 0005-2022 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador), así como las normativas del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Instituto Superior Universitario "PORTOVIEJO" CEISH ITSUP.

Se tendrá en cuenta, además, El Código Internacional de Ética del CIE para las Enfermeras (29), donde en su Capítulo 3, literal 3.5, textualmente indica ¨ Las enfermeras contribuyen a generación de contextos organizativos positivos y éticos, y cuestionan las prácticas y los entornos poco éticos. Las enfermeras colaboran con sus colegas enfermeros, así como de otras disciplinas (de la salud) y con las comunidades pertinentes, para participar en la generación, realización y difusión ética de estudios de investigación y proyectos de desarrollo de la práctica, revisados por pares y éticamente responsables, en relación con los cuidados al paciente, la enfermería, el entorno

y la salud¨, de tal forma que se fomenta el respeto y protección de la dignidad, autonomía y bienestar de los profesionales de enfermería en la presente investigación, así como, actualizaciones posteriores, en relación con la investigación que se llevará a cabo con la participación de personas (ver anexos).

El estudio cumplió con los objetivos propuestos centrados en la determinación de la intervención de enfermería para la determinación del rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal en los pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades de Portoviejo, los resultados obtenidos del análisis estadístico de las variables con la aplicación del cuestionario diseñado.

Principio de beneficencia

Durante el desarrollo de la presente investigación no se causará daño a las enfermeras que participarán en el estudio, obrando bien en todo momento, y con garantía de prestar atención inmediata en caso de imprevistos por parte del investigador.

Beneficencia no maleficencia

Se considera un estudio de riesgo mínimo debido a que no se mantiene ningún nivel de injerencia en los participantes, tampoco se realizó ningún tipo de procedimiento a nivel clínico. En el caso de que un participante llegase a presentar alguna incomodidad frente a las preguntas, se despejaran dudas para que el participante comprenda en su totalidad, con la finalidad de llevar a cabo la investigación y, por ende, el desarrollo de la misma. Principio de justicia y respeto

Se tratará a todos los participantes por igual, siempre con seriedad y consideración, sin inclinación específica por ninguno de los colaboradores, para garantizar que siempre se tenga en cuenta el bienestar de todos. Se brindará protección adicional a los individuos incapaces de decidir por sí mismos, principio que se aplica a través de la obtención del consentimiento informado.

Los datos identificativos de los participantes no serán utilizados de manera distintiva en ninguna de las fases del estudio, de modo que en los distintos análisis de los datos no será posible la identificación de los participantes, que incluye proteger la confidencialidad de la información privada y permitir que el sujeto se retire del estudio en cualquier momento y por cualquier razón, si así lo desea.

Respeto a los sujetos inscritos

El respeto a los participantes que cumplan con los criterios de inclusión y manifiesten su compromiso libre y voluntario para participar del estudio, garantizando la posibilidad de abandonarlo, cuando la investigación no concuerda con sus intereses o conveniencias, permitiendo retirarse sin sanción de ningún tipo. De igual manera cabe indicar, que en el contacto inicial se dará a conocer que la información acerca de su condición y aquella obtenida a través de la aplicación del cuestionario, se manejará de forma confidencial, y bajo ninguna circunstancia se revelarán sus datos personales protegiendo siempre la identidad y los datos como nombres, apellidos, números de cédula, fechas de nacimiento, etc. Además, no serán utilizadas en ninguna de las fases de la investigación, debido a que solo se necesitarán las respuestas que los investigados nos puedan proporcionar.

Se aprecia proceso por el cual deja de ser posible establecer por medios razonables el nexo entre un dato y el sujeto al que se refiere. Dispone de una política de protección de datos documentada y aprobada, conforme con la legislación. Aplica en el caso de instituciones gubernamentales o no que otorguen los datos. En caso de dato personal que al ser tratado de manera inadecuada podría derivar en importantes riesgos para los derechos y las libertades fundamentales de una persona. Se garantiza derecho de acceso: facultad del titular para conocer la información

que se almacena en una base de datos, su origen, finalidad, criterios, tiempo de conservación y comunicación.

- Se garantiza derecho de rectificación: facultad del titular para solicitar se rectifiquen o actualicen los datos o la información inexacta, errónea, falsa, incorrecta o imprecisa.
- Se garantiza derecho de portabilidad: facultad del titular para recibir del responsable de datos personales, sus datos personales, en un formato compatible, actualizado, estructurado, común y mecánico. Dentro del protocolo de investigación se aprecia que el participante conoce:

1. El alcance: quién utiliza los datos
2. Datos que recolecta.
3. La finalidad de los datos.
4. Se informa en el caso de que el protocolo trate información correspondiente a niñas, niños y adolescentes.
5. Las cláusulas deberán señalar que el tratamiento respeta el interés superior y asegurar el respeto de derechos fundamentales.
6. El proceso para ejercer derechos de Acceso y Rectificación.
7. Notificaciones en el caso de que existan cambios en la política de privacidad.
8. Uso de cookies de ser el caso.

Dispone de una organización que se ocupa de cumplir y hacer cumplir la política de protección de datos (roles, funciones, tareas asignadas).

El personal de la organización implicado en el proyecto es consciente de la protección de datos, aceptan formalmente el compromiso de confidencialidad y respeto de la privacidad, y están adecuadamente formados en la materia. No es un requisito adicional las instituciones deben tener

la normativa. Las personas del equipo de investigación suscriben formalmente un compromiso expreso de confidencialidad y de no realizar ninguna actividad de reidentificación. Se adoptan medidas de seguridad específicas para evitar la reidentificación y el acceso de terceros no autorizados; y, específicamente, medidas dirigidas a garantizar que los investigadores no acceden a datos de identificación de los interesados.

Está previsto y documentado un procedimiento para que pueda procederse a la reidentificación de los datos en su origen, cuando con motivo de una investigación que utilice datos anonimizados, se aprecie la existencia de un peligro real y concreto para la seguridad o salud de una persona o grupo de personas, o una amenaza grave para sus derechos o sea necesaria para garantizar una adecuada asistencia sanitaria. Dicha reidentificación no se realiza por personas del equipo investigador.

Además cabe señalar, que, los datos recolectados serán almacenados y custodiados por el investigador en un periodo de 7 años como lo estipula el Art. 10 literal a, de la normativa vigente en Ecuador, donde menciona qué: Instalaciones que permitan el trabajo en condiciones de confidencialidad, con un espacio apropiado para la Secretaría del Comité y para las reuniones, así como para el manejo y archivo de documentos confidenciales, mismo que deberá ser almacenado por un período de siete (7) años. Al finalizar el estudio se emitirá información sobre los resultados y sobre lo que se aprendió de la investigación. Cabe destacar que posterior a ese periodo establecido, se eliminará la información recolectada, puesto que, cumplirá con un tiempo específico y posterior carecerá de validez.

Validez científica

Este estudio cumplirá con los objetivos planteados relacionados a la determinación del rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal a pacientes que acuden al área de emergencia

del Hospital de Especialidades de Portoviejo. Por lo que se contará con análisis estadístico de las variables mediante un cuestionario.

Consentimiento informado y asentimiento informado

A través de la implementación, se incluirá la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos y beneficios de la investigación, asegurando su comprensión a los profesionales que participaran en la investigación. El acceder a participar o no en el estudio, será dará de forma libre y no forzándolos, destacando siempre el respeto y la autonomía para los sujetos de estudio.

Permiso Institucional.

Se realizó por medio de cartas de solicitud de permiso dirigidas al Hospital de Especialidades Portoviejo, para llevar a cabo la investigación de Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy, y la recolección de información para el trabajo de campo y el estudio piloto.

5. Capitulo III. Resultados y discusión

En el campo de la enfermería, el cuidado de pacientes en etapa terminal representa un desafío complejo y significativo, durante esta fase crítica de la vida, los individuos requieren atención especializada y compasiva para ayudarles a enfrentar los desafíos físicos, emocionales y espirituales que acompañan el proceso de morir. El rol de la enfermería y la aplicación de cuidados paliativos en pacientes en etapa terminal, desde la perspectiva de la teoría humanista de Callista Roy, en el Hospital de Especialidades de Portoviejo es un tema de gran importancia y relevancia. De manera que, es importante evaluar si el personal del Hospital de Especialidades de Portoviejo ha recibido esta formación y si se les brinda el apoyo necesario para implementar los cuidados paliativos desde esta perspectiva.

Además, es esencial considerar los resultados de la aplicación de la encuesta y su utilidad en la evaluación de la calidad de la atención, ya que, eta proporciona información valiosa sobre las experiencias y percepciones de los pacientes y el personal de enfermería. Sin embargo, es importante recalcar que la encuesta fue diseñada de manera adecuada, considerando las particularidades de la población y los objetivos de la investigación. Además, se presenta el análisis de los resultados de la encuesta, de manera efectiva para identificar áreas de mejora y desarrollar estrategias concretas para fortalecer la atención en cuidados paliativos.

Los resultados de esta investigación proporcionarán información valiosa para fortalecer la atención centrada en el paciente en el contexto de los cuidados paliativos en etapa terminal. Asimismo, se espera que los hallazgos encontrados a los 50 participantes de este estudio, contribuyan al desarrollo de estrategias y protocolos de atención más efectivos, basados en la teoría humanista de Callista Roy, que promuevan la dignidad, la calidad de vida y el bienestar integral de los pacientes y sus familias en esta fase crucial de la vida.

5.1. Análisis de los resultados

Tabla 2. Apéndice A. Cansancio emocional

Alternativas y elecciones del total de la muestra								
Nº Pregunta	**0**		**(1)**		**(2)**		**(3)**	
	F	**%**	F	**%**	F	**%**	F	**%**
1. Creo que el ambiente limpio y ordenado proporciona la tranquilidad del paciente terminal	37	74 %	12	24 %	0	0%	1	2%
2. La calidad de vida del paciente que va a morir es menos importante al que si se va a recuperar.	0	0%	3	5%	3	6%	44	90%
3. El paciente con enfermedad terminal presenta muchos síntomas difíciles de tratar.	42	84 %	6	12 %	2	4%	0	0%
4. Es necesario realizar la higiene al paciente con enfermedad terminal.	40	82 %	9	18 %	1	2%	0	0%
5. En el paciente con enfermedad terminal es necesario los cambios de posición.	41	80 %	8	16 %	1	2%	0	0%
6. Cuando se atiende al Paciente con enfermedad terminal se siente más responsabilidad para atender sus necesidades físicas.	35	70 %	14	28 %	0	0%	1	2%
7. Es necesario extremar las medidas terapéuticas para extremar la curación del paciente	36	72 %	14	28 %	0	0%	0	0%
8. Es necesario tener criterios útiles para el uso y la administración de fármacos, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad terminal.	39	78 %	11	22 %	0	0%	0	0%
9. Resulta necesario considerar la nutrición del paciente Terminal.	44	88 %	6	12 %	0	0%	0	0%
10. Cada vez que el paciente necesita su tratamiento siento la necesidad de asistirlo.	32	64 %	18	36 %	0	0%	0	0%
11. En los cuidados del paciente en fase terminal la aplicación de enemas y supositorios resulta innecesario.	0	0%	0	0%	8	16%	42	84%
12. Resulta innecesario la administración de medicamentos al paciente terminal en fase de agonía.	0	0%	6	12 %	13	26%	31	62%
13. Es preferible ocultar al paciente que se está muriendo.	1	2%	2	4%	7	14%	40	80%
14. Es importante realizar un plan de trabajo para la atención del paciente terminal	44	88 %	6	12 %	0	0%	0	0%
15. Enfermería puede intervenir muy poco en el proceso de morir de un paciente terminal.	0	0%	0	0%	15	30%	35	70%
16. El saber que va estar bajo su cuidado un paciente que va a morir le resulta desesperante o estresante.	0	0%	7	14 %	22	44%	21	42%

17. Es necesario el consentimiento del paciente y/o familia para l administración de seudoanalgesia.	27	54 %	18	36 %	5	10%	0	0%
18. El equipo de salud frente a un paciente con enfermedad terminal demuestra indiferencia	0	0%	0	0%	11	22%	39	78%
19. Es molestoso dedicar más tiempo del necesario en la atención del paciente terminal	0	0%	0	0%	9	18%	41	82%
20. El paciente Terminal es un enfermo más por eso creo que necesita mi ayuda.	39	78 %	11	22 %	0	0%	0	0%
21. Aunque el cuidado de pacientes en estado terminal resulta muy triste y doloroso, el involucramiento de la enfermera es importante.	42	84 %	8	16 %	0	0%	0	0%
22. Resulta incómodo permanecer al lado del Paciente con enfermedad terminal en fase de agonía.	0	0%	3	6%	5	10%	42	84%
23. Siento desesperación cuando me asignan la atención del paciente con enfermedad terminal	0	0%	2	4%	3	6%	45	90%
24. Cuando veo casos terminales evito cualquier trato con ellos para evitar involucrarme.	0	0%	3	6%	3	6%	44	88%
25. Resulta agradable acercarse al paciente con enfermedad terminal	10	20 %	3	6%	29	58%	8	16%
26. Es necesario para el paciente con enfermedad terminal recibir apoyo psicológico.	41	82 %	8	16 %	1	2%	0	0%
27. Es necesario dar una atención humanizada cuando el paciente está en etapa de agonía.	38	76 %	12	24 %	0	0%	0	0%
28. La presencia de un guía espiritual es necesario en la etapa de agonía de un paciente.	30	60 %	15	30 %	5	10%	0	0%
29. Las creencias del paciente terminal representan un papel extremadamente importante en sus vidas espirituales.	39	78 %	8	16 %	2	4%	1	2%
30. Resulta innecesario proporcionar asistencia espiritual al Paciente con enfermedad Terminal.	2	4%	2	4%	6	12%	40	80%
31. La enfermera debe ayudar en la búsqueda de un apoyo espiritual para el paciente en estado terminal.	37	74 %	9	18 %	3	6%	1	2%
32. Resulta difícil mantener una comunicación con el paciente con enfermedad terminal.	35	70 %	12	24 %	2	4%	1	2%
33. El paciente con enfermedad terminal debe ser escuchado.	39	78 %	7	14 %	3	6%	1	2%
34. La enfermera debe tener comunicación constante, respetuosa o empático con la familia y el paciente en estado terminal.	43	86 %	6	12 %	1	2%	0	0%
35. Es necesario que la familia pregunte por el estado de salud del Paciente con enfermedad Terminal	42	84 %	6	12 %	2	4%	0	0%

36. Es necesario la presencia de un familiar en el ambiente del paciente con enfermedad terminal	42	84 %	5	10 %	2	4%	1	2%
37. Es necesario tomar en cuenta la opinión del paciente o su familia en la toma de decisiones.	42	84 %	7	14 %	1	2%	0	0%

Fuente: Instrumento aplicado

La afirmación de que un ambiente limpio y ordenado proporciona tranquilidad al paciente terminal es respaldada por el 74%, el 24% se muestra indeciso, el 90% está en total desacuerdo. Asimismo, el 84% está de acuerdo, de que un paciente con enfermedad terminal presenta muchos síntomas difíciles de tratar, esto resalta los desafíos de enfermería y la complejidad de la atención que se requiere para los pacientes en etapa terminal; En relación a la higiene, el 82% está de acuerdo en que es necesario realizar la higiene al paciente con enfermedad terminal, mientras que el 18% indeciso. En lo referente a los cambios de posición, el 80% está de acuerdo, mientras que el 16% indeciso, es evidente que, los cambios de posición regulares son esenciales para prevenir las úlceras por presión y las complicaciones relacionadas con la inmovilidad; De la misma forma, al cuestionar sobre se siente más responsabilidad para atender sus necesidades físicas, el 70% está de acuerdo, mientras que el 28% se muestra indeciso.

En cuanto a extremar las medidas terapéuticas para extremar la curación del paciente, el 72% está de acuerdo, el 28% indeciso, estas cifras plantean un dilema ético y clínico; con respecto a tener criterios útiles para el uso y la administración de fármacos, el 78% está de acuerdo, mientras que el 22% se muestra indeciso. Aquí se destaca la importancia de una prescripción y administración de medicamentos adecuada y adaptada a la situación de enfermedad terminal. Con respecto a si, resulta necesario considerar la nutrición del paciente terminal, el 88% está de acuerdo, el 12% indeciso. La nutrición adecuada es crucial para mantener la salud y el bienestar del paciente terminal; respecto a si cada vez que el paciente necesita su tratamiento siento la

necesidad de asistirlo, el 64% está de acuerdo en que sienten la necesidad de asistir al paciente cada vez que necesita su tratamiento, mientras que el 36% se muestra indeciso.

En los cuidados del paciente en fase terminal la aplicación de enemas y supositorios resulta innecesario, en desacuerdo 16%, totalmente en desacuerdo 84%; con respecto a la administración de medicamentos al paciente terminal en fase de agonía, el 12% está indeciso, en desacuerdo 26%, totalmente en desacuerdo 62%, dejando claro que, la administración de medicamentos al paciente terminal en fase de agonía es un tema delicado y complejo, estos profesionales consideran que los medicamentos desempeñan un papel crucial en mejorar la calidad de vida del paciente. El 80% está en desacuerdo, el 14% de acuerdo, en que es preferible ocultar al paciente que se está muriendo; en cuanto a si, es importante realizar un plan de trabajo para la atención del paciente terminal, el 88% está de acuerdo y el 12% indeciso, de manera que, este plan puede incluir aspectos como el manejo del dolor, el control de los síntomas, el apoyo emocional, la atención espiritual y las decisiones de atención al final de la vida.

Respecto a si la enfermería puede intervenir muy poco en el proceso de morir de un paciente terminal, el 70% está totalmente en desacuerdo y el 30% en desacuerdo, la enfermera puede proporcionar atención directa al paciente, administrar medicamentos, controlar los síntomas, brindar soporte emocional tanto al paciente como a sus seres queridos, y ayudar en la planificación y toma de decisiones al final de la vida; El saber que va a estar bajo su cuidado un paciente que va a morir le resulta desesperante o estresante, Indeciso 14%, en desacuerdo 44%, totalmente en desacuerdo 42%, si bien cuidar de un paciente terminal puede ser emocionalmente desafiante, también es una oportunidad para brindar apoyo y cuidado compasivo en un momento crucial de la vida de una persona. Respecto a si es necesario el consentimiento del paciente y/o familia para la administración de seudoanalgesia, el 54% está de acuerdo, el 36% está indeciso y el 10% está en

desacuerdo, es un tema ético importante que debe abordarse de manera cuidadosa y respetuosa; En base a si, el equipo de salud frente a un paciente con enfermedad terminal demuestra indiferencia, el 22% en desacuerdo y el 78% está totalmente en desacuerdo.

A este cuestionamiento, es molestoso dedicar más tiempo del necesario en la atención del paciente terminal, el 18% está en desacuerdo y el 82% totalmente en desacuerdo, ya que este, requiere un enfoque integral y compasivo; De manera que, el 78% está de acuerdo y el 22% está indeciso con la afirmación de que el paciente terminal es un enfermo más y, por lo tanto, necesita ayuda, es importante reconocer que los pacientes terminales tienen necesidades especiales y únicas debido a la gravedad de su condición y al enfoque de cuidados paliativos que requieren.

Respecto a si resulta muy triste y doloroso, el involucramiento de la enfermera es importante, el 84% está de acuerdo y el 16%, el hecho de presenciar el sufrimiento y la muerte de los pacientes puede generar tristeza y dolor; Se les cuestiono si les resulta incómodo permanecer al lado del paciente con enfermedad terminal en fase de agonía, el 6% está indeciso, el 10% está en desacuerdo y el 84% totalmente en desacuerdo. A razón a si sienten desesperación cuando le asignan la atención del paciente con enfermedad terminal, el 4% está indeciso, el 6% está en desacuerdo y el 90% está totalmente en desacuerdo, la carga emocional y la confrontación con la realidad de la muerte pueden ser abrumadoras y desafiantes; Respecto a cuando veo casos terminales evito cualquier trato con ellos para evitar involucrarme, el 6% está indeciso, el 6% está en desacuerdo y el 88% totalmente en desacuerdo.

En base a si le resulta agradable acercarse al paciente con enfermedad terminal, el 20% está de acuerdo, el 8% está en desacuerdo y el 6% está indeciso, mientras que el 16% está totalmente en desacuerdo; Es necesario para el paciente con enfermedad terminal recibir apoyo psicológico, a este cuestionamiento el 82% están de acuerdo, el 16% está indeciso al respecto y solo el 2% está

totalmente en desacuerdo, esta evidenciado que, la enfermedad terminal puede generar angustia, ansiedad, depresión, miedo y una serie de otras emociones intensas.

Respecto a dar una atención humanizada, el 76% están de acuerdo, mientras que el 24% está indeciso al respecto; en base a la presencia de un guía espiritual, el 60% están de acuerdo, el 30% indeciso al respecto y el 10% está en desacuerdo. Las creencias del paciente terminal representan un papel extremadamente importante en sus vidas espirituales, el 78% está de acuerdo, mientras que el 16% está indeciso y el 6% está en desacuerdo; Resulta innecesario proporcionar asistencia espiritual al paciente con enfermedad terminal, el 80% están totalmente en desacuerdo, el 12% está en desacuerdo, el 4% está indeciso y solo el 4% está de acuerdo. Al cuestionar si, la enfermera debe ayudar en la búsqueda de un apoyo espiritual para el paciente en estado terminal, el 74% están de acuerdo, el 18% está indeciso, el 6% está en desacuerdo y solo el 2% está totalmente en desacuerdo; Resulta difícil mantener una comunicación con el paciente con enfermedad terminal, a este cuestionamiento el 70%, está de acuerdo, el 24% está indeciso, mientras que el 4% en desacuerdo y el 2% totalmente en desacuerdo.

El paciente con enfermedad terminal debe ser escuchado, el 78% están de acuerdo, el 14% está indeciso, mientras que el 6% en desacuerdo y el 2% totalmente en desacuerdo, la escucha activa y empática ayuda a los profesionales de la salud a comprender la experiencia única de cada paciente; La enfermera debe tener comunicación constante, respetuosa o empática con la familia y el paciente en estado terminal, el 86% está de acuerdo, el 12% está indeciso y el 2% en desacuerdo. Respecto a si es necesario que la familia pregunte por el estado de salud del paciente con enfermedad Terminal, el 84%, están de acuerdo, el 12% está indeciso, mientras que el 4% en desacuerdo; se cuestionó sobre la presencia de un familiar en el ambiente del paciente con enfermedad terminal, el 84% están de acuerdo, el 10% está indeciso, el 4% en desacuerdo y el 2%

totalmente en desacuerdo. Se cuestionó sobre la opinión del paciente o su familia en la toma de decisiones, el 84% está de acuerdo, el 14% está indeciso, solo el 2% en desacuerdo. Los pacientes y sus familias deben tener la oportunidad de participar activamente en las decisiones relacionadas con su atención médica, tratamientos y cuidados paliativos.

Tabla 3. Apéndice B. Adaptación transcultural. Parte 2. Cuidados paliativos

Alternativas y elecciones del total de la muestra								
Nº Pregunta	**1**		**2**		**3**		**4**	
	F	**%**	F	**%**	F	**%**	F	**%**
1. El objetivo de los Cuidados Paliativos es únicamente el tratamiento del dolor.	1	2%	12	24%	20	40%	18	36%
2. Los Cuidados Paliativos comienzan en las últimas semanas de vida.	25	50%	18	36%	6	12%	1	2%
3. Los Cuidados Paliativos pueden estar asociados a un tratamiento agresivo encaminado a prolongar la vida del paciente.	0	0%	8	16%	28	56%	14	28%
4. Los Cuidados Paliativos incluyen la atención espiritual.	8	16%	19	38%	12	24%	11	22%
5. Los Cuidados Paliativos incluyen el cuidado de los familiares/cuidador principal.	17	34%	18	36%	10	20%	5	10%
6. La unidad de agudos es un lugar apropiado para morir.	37	74%	7	14%	2	4%	4	8%
7. Preparar algún tipo de cuidado terminal priva al paciente de toda esperanza de recuperación.	38	76%	9	18%	1	2%	2	4%
8. Las visitas de los familiares deberían estar permitidas todo el día.	1	2 %	2	4%	6	12%	41	82%
9. Los pacientes tienen derecho a ser informados de su muerte cercana.	0	0%	11	22%	22	44%	17	34%
10. Los pacientes con pronóstico de pocos días no deben ser trasladados a casa.	3	6%	1	2%	22	44%	23	46%
11. Normalmente, las terapias encaminadas a prolongar la vida en el hospital (como quimioterapia, respiración artificial o sondas nasogástricas), se mantienen demasiado tiempo.	0	0%	1	2%	41	82%	8	16%

Fuente: Instrumento Aplicado

En base a la adaptación transcultural, se cuestionó sobre el objetivo de los Cuidados Paliativos es únicamente el tratamiento del dolor, según las respuestas proporcionadas, solo el 2% está de acuerdo con esta afirmación, mientras que el 24% está indeciso, el 40% está en desacuerdo y el

36% está totalmente en desacuerdo; respecto a si, los Cuidados Paliativos comienzan en las últimas semanas de vida, el 50% está de acuerdo con esta afirmación, el 36% está indeciso, el 12% está en desacuerdo y solo el 2% está totalmente en desacuerdo; Respecto a si los cuidados paliativos pueden estar asociados a un tratamiento agresivo encaminado a prolongar la vida del paciente, el 56% está en desacuerdo; Los Cuidados Paliativos incluyen la atención espiritual, respecto a este cuestionamiento, el 38% de las respuestas están indecisas. Los Cuidados Paliativos pueden estar asociados a un tratamiento agresivo encaminado a prolongar la vida del paciente, el 16% está indeciso, el 56% está en desacuerdo y el 28% está totalmente en desacuerdo con esta afirmación; en base a los Cuidados Paliativos incluyen la atención espiritual, el 16% está de acuerdo, el 38% está indeciso, el 24% está en desacuerdo y el 22% está totalmente en desacuerdo.

Se cuestionó si los cuidados paliativos incluyen el cuidado de los familiares/cuidador principal, el 34% está de acuerdo, el 36% está indeciso, el 20% está en desacuerdo y el 10% está totalmente en desacuerdo; sobre si la unidad de agudos es un lugar apropiado para morir, el 74% está de acuerdo, el 14% está indeciso, el 4% está en desacuerdo y el 8% está totalmente en desacuerdo; Sobre preparar algún tipo de cuidado terminal priva al paciente de toda esperanza de recuperación, el 76% está de acuerdo, el 18% está indeciso, el 2% está en desacuerdo y el 4% está totalmente en desacuerdo, sin embargo, es importante destacar que los cuidados terminales, también conocidos como cuidados paliativos, se centran en mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades graves o terminales.

Las visitas de los familiares deberían estar permitidas todo el día, el 2% está de acuerdo, el 4% está indeciso, el 12% está en desacuerdo y el 82% está totalmente en desacuerdo; Los pacientes tienen derecho a ser informados de su muerte cercana, el 22% está indeciso, el 44% está en desacuerdo y el 34% está totalmente en desacuerdo, el derecho a la información y a la toma de

decisiones informadas es un principio fundamental en la atención médica; Los pacientes con pronóstico de pocos días no deben ser trasladados a casa, el 6% está de acuerdo, el 2% está indeciso, el 44% está en desacuerdo y el 46% está totalmente en desacuerdo. Respecto a si, normalmente, las terapias encaminadas a prolongar la vida en el hospital (como quimioterapia, respiración artificial o sondas nasogástricas), se mantienen demasiado tiempo, el 2% está indeciso, el 82% está en desacuerdo y el 16% está totalmente en desacuerdo, la duración apropiada de las terapias encaminadas a prolongar la vida puede variar según el paciente, la enfermedad subyacente y sus circunstancias individuales.

Tabla 4. Preguntas Sobre Generalidades en Cuidados Paliativos

Alternativas y elecciones del total de la muestra				
Nº Pregunta	**SI**		**NO**	
	F	**%**	F	**%**
1.- Medicina Paliativa y Cuidados Paliativos son lo mismo.	7	14%	43	86%
2.- Los Cuidados Paliativos, ¿Sólo son aplicables a pacientes oncológicos?	1	2%	49	98%
3.- Los Cuidados Paliativos no se deberían brindar junto con el tratamiento oncológico.	15	30%	35	70%
4.- El objetivo principal de los Cuidados Paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador.	46	92%	4	8%
5.- Los Cuidados Paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir.	0	%	50	16%
6.Los Cuidados Paliativos sólo se aplican a población adulta.	4	8%	46	92%
7.- Los cuidados paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad.	36	72%	14	28%

Fuente: Instrumento aplicado

En relación al cansancio emocional, se cuestionó sobre, si la medicina paliativa y cuidados paliativos son lo mismo, el 14% está de acuerdo y el 86% está en desacuerdo; Los Cuidados Paliativos, ¿Sólo son aplicables a pacientes oncológicos?, según las respuestas proporcionadas, el 2% está de acuerdo y el 98% está en desacuerdo, los cuidados paliativos no se limitan exclusivamente a pacientes con cáncer; Los Cuidados Paliativos no se deberían brindar junto con el tratamiento oncológico, los participantes respondieron, el 30% está de acuerdo y el 70% está en desacuerdo, es importante destacar que los cuidados paliativos y el tratamiento oncológico no son

mutuamente excluyentes. Al cuestionar sobre, el objetivo principal de los cuidados paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador, el 92% está de acuerdo y el 8% está en desacuerdo, los cuidados paliativos se basan en un enfoque centrado en el paciente y se esfuerzan por abordar las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales; Los cuidados paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir, el 16% está de acuerdo y el 84% está en desacuerdo, de esta manera los cuidados se centran en brindar apoyo y alivio del sufrimiento, pero no tienen como objetivo acelerar o facilitar la muerte; Los Cuidados Paliativos solo se aplican a población adulta, los profesionales en un l 8% indican estar de acuerdo y el 92% está en desacuerdo. Si bien los Cuidados Paliativos se asocian comúnmente con el cuidado de pacientes adultos con enfermedades graves o terminales, también se reconocen las necesidades de los niños y los adolescentes en situaciones similares.

Tabla 5. Preguntas Clínicas Sobre Sintomatología en Cuidados Paliativos

Alternativas y elecciones del total de la muestra				
Nº Pregunta	**SI**		**NO**	
	F	**%**	F	**%**
1.- La enfermedad terminal se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, con expectativa de vida corta, sin tiempo definido.	45	90%	5	10%
2.- Se debe usar morfina para el alivio de la disnea.	21	42%	29	58%
3.- La saturación de oxígeno se correlaciona con la intensidad de la disnea	47	94%	3	6%
4.- En fase terminal del cáncer es necesario mayor aporte calórico comparado con las etapas iniciales.	46	92%	4	8%
5.- El uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado.	0	%	50	100%
6.- El uso de hidratación intravenosa no alivia la xerostomía (Boca seca)	46	92%	4	8%
7.- Una de las metas del manejo del dolor es obtener adecuada calidad de sueño.	42	84%	8	16%

Fuente: Instrumento aplicado

En relación al apéndice sobre sintomatología en cuidados paliativos, se cuestionó sobre la enfermedad terminal se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, con expectativa de vida corta, sin tiempo definido, el 90% está de acuerdo con esta afirmación; Se debe usar morfina para el alivio de la disnea, el 42% está de acuerdo con esta afirmación, mientras que el 58% está

en desacuerdo. En relación a la saturación de oxígeno se correlaciona con la intensidad de la disnea, la gran mayoría de los participantes con un 94%, está de acuerdo con esta afirmación, la disnea es una sensación subjetiva de dificultad respiratoria, y la saturación de oxígeno es una medida objetiva que indica la cantidad de oxígeno presente en la sangre. En fase terminal del cáncer es necesario mayor aporte calórico comparado con las etapas iniciales, el 92% está de acuerdo; El uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado, el 100% de las personas está en desacuerdo con esta afirmación.

El uso de hidratación intravenosa no alivia la xerostomía (boca seca), un 92% está de acuerdo, la xerostomía o boca seca es una condición en la que hay una disminución de la producción de saliva, la hidratación intravenosa, que consiste en administrar líquidos directamente en la vena, no es un tratamiento específico para la xerostomía; Una de las metas del manejo del dolor es obtener una adecuada calidad de sueño, a esta pregunta el 84% está de acuerdo, ya que, el manejo del dolor en el contexto de los cuidados paliativos y el tratamiento de enfermedades terminales tiene como objetivo proporcionar alivio y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 6. Preguntas Sobre Farmacología

Alternativas y elecciones del total de la muestra				
Nº Pregunta	**SI**		**NO**	
	F	**%**	F	**%**
1.- ¿La morfina se usa de manera segura en pacientes con Insuficiencia Renal?	2	14%	48	96%
2.- El tratamiento de primera elección para manejo del delirium es la morfina.	1	2%	49	98%
3.- ¿El uso de opioides, influencia en el tiempo de supervivencia?	15	30%	35	70%
4.- ¿El uso de opioides por periodos prolongados frecuentemente induce adicción?	46	92%	4	8%
5.- Cuando iniciamos tratamiento con opioides, ¿todos los analgésicos no opioides deben ser descontinuados?	0	%	50	100%
6.- La rotación de opioides debe ser considerada cuando es difícil aumentar la dosis de opioides debido a los efectos adversos que se presentan en el paciente.	4	8%	46	92%

Fuente: Instrumento aplicado

En relación a farmacología, se cuestionó sobre ¿La morfina se usa de manera segura en pacientes con Insuficiencia Renal?, el 96% está en desacuerdo, la insuficiencia renal puede afectar la forma en que el cuerpo procesa y elimina los medicamentos, incluyendo la morfina. En pacientes con insuficiencia renal, es posible que la morfina y sus metabolitos se acumulen en el organismo, lo que puede aumentar el riesgo de efectos secundarios y toxicidad; en base a el tratamiento de primera elección para el manejo del delirium es la morfina. El 98% está en desacuerdo, el delirium es un trastorno agudo y fluctuante de la conciencia y la cognición causado por diversas condiciones médicas, incluyendo infecciones, insuficiencia orgánica, efectos secundarios de medicamentos, entre otros. El tratamiento del delirium se centra en abordar la causa subyacente y proporcionar medidas de soporte, como la orientación y el manejo de los síntomas.

Respecto al ¿El uso de opioides influye en el tiempo de supervivencia?, un 30% está de acuerdo, mientras que el 70% está en desacuerdo, ya que, el uso de opioides para el control del dolor en pacientes con enfermedades graves o terminales no se ha demostrado que influya directamente en el tiempo de supervivencia; ¿El uso de opioides por periodos prolongados frecuentemente induce adicción?, el 92% está de acuerdo, debido a que el uso de opioides por períodos prolongados puede aumentar el riesgo de desarrollar dependencia y adicción ya que estos actúan sobre los receptores opioides en el cerebro, aliviando el dolor y produciendo una sensación de bienestar. Sin embargo, también pueden generar efectos eufóricos y adictivos.

Cuando iniciamos tratamiento con opioides, ¿todos los analgésicos no opioides deben ser+ descontinuados?, el 100% coinciden en estar en desacuerdo, no todos los analgésicos no opioides deben ser descontinuados cuando se inicia el tratamiento con opioides. La elección del tratamiento del dolor debe basarse en la evaluación individualizada del paciente y en las recomendaciones médicas; La rotación de opioides debe ser considerada cuando es difícil aumentar la dosis de

opioides debido a los efectos adversos que se presentan en el paciente, el 8% está de acuerdo, mientras que el 92% está en desacuerdo, la rotación de opioides es una estrategia que implica cambiar de un opioide a otro para mejorar la eficacia o reducir los efectos adversos.

5.2. Discusión de los resultados

Los cuidados paliativos son el mejor ejemplo del arte de la enfermería que analiza las circunstancias y dificultades que causan sufrimiento y afectan la calidad de vida de los pacientes, estos son cuidados integrales destinados a proporcionar la atención sanitaria necesaria a pacientes con enfermedades incurables. La presente investigación, tuvo como objetivo determinar el Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy, en pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital de Especialidades de Portoviejo.

En relación al primer objetivo, se planteó sustentar desde la teoría de Callista Roy, la aplicación de los cuidados paliativos en pacientes en etapa terminal, es importante considerar que los cuidados paliativos s son los cuidados de alivio brindados al paciente que tiene una enfermedad grave o mortal, como el cáncer, para mejorar su calidad de vida. El objetivo de los cuidados paliativos es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, problemas psicológicos sociales y espirituales correspondientes, misma que se enfoca en la adaptación del individuo y su entorno, esta teoría sostiene que los individuos son sistemas adaptativos complejos que interactúan con su entorno para alcanzar un equilibrio y mantener su salud. Según esta teoría, la adaptación ocurre a través de cuatro modos de adaptación: fisiológico, de autorregulación, de autorrealización y de rol.

Uranga, Ruiz y Palome, desarrollaron la investigación acerca de” Nivel de Conocimiento Sobre Cuidados Paliativos del Personal de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel”, con el objetivo principal de identificar nivel de conocimiento del personal de Enfermería del Hospital

General de Querétaro sobre el cuidado paliativo, obteniendo como resultados que, el nivel de conocimiento es insuficiente, es decir, inferior a 14 puntos, el valor estimado de los resultados es: menos de 14 puntos = nivel de conocimiento insuficiente; "entre 15 y 17 puntos" = nivel de conocimiento suficiente, concluyendo que, el nivel de conocimiento del personal de enfermería resulta deficiente; para mejorar esta situación es necesario aplicar intervenciones educativas con el personal de enfermería en materia de cuidados paliativos durante el proceso de educación, así como durante la práctica profesional, para de esta manera brindar cuidados enfermeros de calidad (59).

Resultados que difieren con los obtenidos en este estudio donde el 72% de los profesionales conocen y aplican los cuidados paliativos en el área de emergencia. Así mismo, Jiménez y Ramos en su investigacion determinaron que, el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos que presentó el personal de enfermería del hospital donde se realizó el estudio, identificó un porcentaje medio de respuestas acertadas del 56.65%, la puntuación media fue de 11.35 aciertos sobre un total de 20, lo que supone un nivel insuficiente o bajo de conocimientos en cuidados paliativos (60). En este sentido, es fundamental abordar la importancia de ofrecer un enfoque integral y compasivo para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familias.

Los resultados hallados en la evaluación del nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, en la dimensión dolor oncológico, se encontró que el 56.67% tiene un nivel de conocimiento alto; de igual manera, se observa que el 26.67% tiene un nivel de conocimiento regular y un porcentaje menor (16.67%) tiene un nivel de conocimiento bajo; cifras que nos indica que los cuidadores han adquirido y desarrollado conocimientos adecuados para la atención a los pacientes respecto a los dolores oncológicos (61); resultados que se contraponen a los obtenidos

en este estudio, ya que los enfermeros del Hospital de Especialidades, en un 96% tienen un alto conocimiento sobre cómo tratar o lidiar con la sintomatología que presentan los pacientes en etapa terminal, ya que, la naturaleza multidimensional del dolor en cuidados paliativos requiere de un modelo de intervención multifactorial que comprenda medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras.

También tiene relación con las conclusiones de Ríos Salas Víctor Hugo y Torres Gutiérrez, Beatriz Alexandra encontraron evidencias donde el 60% señalan la efectividad de los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos ya que proporciona beneficio al paciente y a la familia con lo que respecta a su tratamiento oportuno ante el dolor y teniendo en cuenta su aspecto biopsicosocioesperitual (62). Resultados que concuerdan con los obtenidos en este estudio, en base al cuestionar sobre, los cuidados paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador, el 92% está de acuerdo, ya que, los cuidados paliativos se basan en un enfoque centrado en el paciente y se esfuerzan por abordar las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. De la misma forma, Cortijo, Contreras, et al (63), afirman que, la efectividad de los cuidados paliativos, disminuyeron la sintomatología asociada al dolor posterior a la primera visita en los tipos de cáncer con mayor incidencia, vinculada a la evidencia del trabajo intenso de los profesionales para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Aruma Hernández Dorta, en su estudio sobre los beneficios de los cuidados paliativos, que demuestran la preferencia del paciente a morir en el hogar tanto en España como en otros países, condicionado por la presencia de un cuidador informal, también habla sobre el papel del cuidador y las consecuencias que conlleva, para mejorar los conocimientos sobre los deseos del paciente en la preferencia del lugar donde morir, así como los beneficios que se obtiene en la atención domiciliaria y cuáles son las razones por las que el paciente después de la decisión de morir en el

hogar vuelve y muere en el hospital (64), resultados que se contraponen a los obtenidos, ya que, el 82% está en desacuerdo y el 16% está totalmente en desacuerdo, de que los pacientes en etapa terminal, pasen mayor parte en casa y decidan morir en el hospital, considerando que, las terapias encaminadas a prolongar la vida puede variar según el paciente, la enfermedad subyacente y sus circunstancias individuales, en algunos casos, estas terapias pueden ofrecer beneficios significativos, mejorando la calidad de vida y brindando la posibilidad de una recuperación parcial o una extensión de tiempo valiosa para el paciente y sus seres queridos.

Álvarez Limaylla Cintia Yabelly y Gonzales López, Maricielo Belén, en su estudio para determinar la relación que existe entre conocimiento y actitudes del cuidador, obtuvieron como resultados que, en el nivel de conocimiento sobre manejo de la alimentación el 81% posee un conocimiento regular (65). Coincidiendo con los resultados obtenidos en que, el 88% afirma que la nutrición adecuada es crucial para mantener la salud y el bienestar del paciente terminal, sin embargo, en esta etapa, los pacientes pueden experimentar dificultades para comer y tragar, pérdida de apetito y debilidad general; respecto a si cada vez que el paciente necesita su tratamiento siente la necesidad de asistirlo, el 64% de los encuestados está de acuerdo en que sienten la necesidad de asistir al paciente cada vez que necesita su tratamiento, mientras.

Para Riso (66), Lazano B (67), concluye que la administración de opiodes, también se basan en la atención holística al paciente y que concierne aspectos como el control de síntomas, alivio del sufrimiento, reflexión y ética sobre el final de la vida. Los requerimientos sociales aumentan y con ellas las perspectivas de satisfacción material y alivio, genera espacio a una vida y una idea de muerte de la mejor manera posible, resultados que se contraponen con el 70% de los profesionales que están en desacuerdo, ya que, el uso de opioides para el control del dolor en pacientes con enfermedades graves o terminales no se ha demostrado que influya directamente en el tiempo de

supervivencia, partiendo de que el uso prolongado puede aumentar el riesgo de desarrollar dependencia y adicción ya que estos actúan sobre los receptores opioides en el cerebro, aliviando el dolor y produciendo una sensación de bienestar. Sin embargo, también pueden generar efectos eufóricos y adictivos.

Piedrafita (68), discrepa con las percepciones de los profesionales de enfermería, quienes a pesar de percibir el respeto por la dignidad del usuario y brindar unas acciones dirigidas a favorecer el bienestar e incluir a la familiar, aún se observa una falta de información sobre las acciones paliativas a los enfermeros en etapa al final de la vida. Inclusive recalcan la no incorporación a la toma de decisiones en conjunta con el médico. Coincide con Marina (69), quien concluye que existe una falta de preparación de habilidades y conocimientos para dar cuidados paliativos con eficacia, ya que en el área de cuidados intensivos los usuarios son adultos mayores y los cuidadores como los profesionales de enfermería deben mejorar sus habilidades, al igual que en áreas de emergencias.

En base a lo anteriormente dicho, el Atlas de cuidados paliativos, sostiene que, una de las formas más útiles de ayudar al desarrollo de los cuidados paliativos, es la propuesta e implementación de guías estratégicas, que permitan monitorizar la existencia de programas y el progreso de los cuidados paliativos en cada uno de los países de la región (70). Mejia Álvarez y Fueltala, en su estudio, se planteó desarrollar estrategias educativas sobre cuidados paliativos dirigidos a familiares de pacientes oncológicos, afirman que, posterior a la implementación de esta estrategia de intervención, en su gran mayoría los cuidadores demostraron mayores capacidades en el manejo de procesos en cuidados paliativos a pacientes oncológicos (71). De la misma forma Álvarez, Torres y Rodriguez, afirman positivamente que, la implementación de una estrategia educativa preventiva, mejora y reduce la postración o el encamamiento prolongado (72).

6. Capitulo IV. Propuesta/validación

Tema: Estrategia Educativa de cuidados estandarizados de enfermería para pacientes en etapa terminal con cuidados paliativos

6.1 Breve introducción de lo que se presenta en el capítulo

En el presente capítulo se presenta la propuesta de investigación centrada en el rol de enfermería en cuidados paliativos en pacientes en etapa terminal, dirigido al personal de enfermería y enfatizado en la importancia que tiene su rol en la etapa terminal de la vida, cumpliendo con los derechos de los pacientes en todos los ciclos de la vida en el Ecuador.

A lo largo de este capítulo, se describe los procedimientos a llevar a cabo en la propuesta, dirigida al profesional de enfermería, para que sirvan de guía al momento de aplicar los cuidados de enfermería a este grupo vulnerable.

6.2. Objetivo general

Mejorar la comprensión y aplicación de los principios de cuidados paliativos por parte de las enfermeras del Hospital de Especialidades Portoviejo, a través de la capacitación en los estándares y protocolos de cuidados estandarizados para pacientes en etapa terminal.

6.2.1. Objetivos Específicos

-Promover la comunicación efectiva y empática entre las enfermeras y los pacientes en etapa terminal, mediante el entrenamiento en habilidades de comunicación y la utilización de enfoques centrados en el paciente.

-Fortalecer la capacidad de las enfermeras para manejar eficazmente los síntomas y el dolor en pacientes en etapa terminal, mediante la formación en técnicas de control del dolor y manejo de síntomas específicos.

-Fomentar la colaboración interdisciplinaria entre el equipo de atención de pacientes en etapa terminal, a través de la educación en la importancia del trabajo en equipo y la coordinación de cuidados para brindar una atención integral y de calidad.

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería en el Paciente Terminal con Cuidados Paliativos

Valoración

Durante esta etapa se va a identificar los problemas que presenta el paciente en etapa terminal, lo cual permitirá que en la siguiente etapa se desarrollen diversos diagnósticos de enfermería y de esta manera direccionar los cuidados que se van a realizar:

Problemas:

- Dolor.
- Astenia, anorexia y caquexia.
- Deshidratación.
- **Alteraciones respiratorias:** tos y disnea.
- **Alteraciones Neuropsicológicos y psiquiátricos:** delirIum, insomnio, ansiedad, depresión y convulsiones.
- **Alteraciones digestivas:** xerostomía, candidiasis, disfagia, náuseas y vómito, diarrea, estreñimiento, obstrucción intestinal, ascitis e hipo.
- **Alteración de la piel:** ulceras por presión.
- **Alteraciones urinarias:** incontinencia urinaria y obstrucción urinaria.

Diagnósticos NANDA, relacionado con paciente terminal con cuidados paliativos.

La taxonomía NANDA proporciona un modo de clasificar y categorizar áreas de responsabilidad de la enfermera contiene 235 diagnósticos enfermeros que se agrupan en 13 dominios y 47 clases. El diagnóstico enfermeros es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, proporcionan la base de

la terapia definitiva para lograr los objetivos. Los profesionales de enfermería necesitan realizar una buena valoración para poder diagnosticar las respuestas humanas reales o potenciales a afecciones de salud de forma precisa y así proporcionar cuidados eficaces.

Tabla 7. Plan de Cuidados

Problema	Dominio	Clase	Diagnóstico
Dolor	12. Confort	1. Confort físico	Código: 0013 Dolor crónico Características definitorias: Expresión facial del dolor Factores relacionados: Deterioro del funcionamiento metabólico.
Disnea	3. Eliminación e intercambio.	4. Función respiratoria	Código: 00030 Deterioro del intercambio de gases. Características definitorias: Disnea, somnolencia. Factores relacionados: Desequilibrio en la ventilación — perfusión.
	4 Actividad y reposo	4.Respuesta cardiovasculares / pulmonares	Código: 00032 Patrón respiratorio ineficaz Características definitorias: Disnea. Factores relacionados: Ansiedad, dolor.
Deshidratación Náuseas Vomito Anorexia Caquexia Disfagia Xerostomía	1. Promoción	2. Gestión de la	Código: 00043 Protección ineficaz Características definitorias: Anorexia, debilidad, disnea, insomnio, tos, ulceras por presión. Factores relacionados: Cáncer.
	2. Nutrición	5. Hidratación	Código: 00027 Déficit de volumen de líquidos Características definitorias: Alteración de la turgencia de la piel, debilidad, membranas mucosas secas, piel seca. Factores relacionados: Mecanismos de regulación comprometidos.
	2. Nutrición	1. Ingestión	Código: 00103 Deterioro de la deglución Características definitorias: Náuseas, tos, rechazo a los alimentos, vomito, dolor epigástrico. Factores relacionados: Enfermedad crónica
	11 seguridad / protección	2. Lección física	Código: 00045 Deterioro de la mucosa oral. Características definitorias: Halitosis, sangrado, xerostomía.

			Factores relacionados: Deshidratación, depresión, enfermedad autoinmune
Diarrea	3. Eliminación e intercambio.	2. Función gastrointestinal	Código: 00013 Diarrea Características definitorias: Dolor abdominal, perdidas de heces liquidas mayor de 3 en 24 horas, ruidos intestinales hiperactivos. Factores relacionados: Infección, ansiedad, inflamación e irritación gastrointestinal.
Estreñimiento	3. Eliminación e intercambio	2. Función gastrointestinal	Código: 00011 Estreñimiento Características definitorias: Anorexia, ruidos intestinales hiperactivos, vómitos. Factores relacionados: Deshidratación, disminución de la motilidad gastrointestinal, cambios en los hábitos alimentarios, ingesta de líquidos insuficiente., depresión, sedentarismo.
Ascitis	3. Eliminación e intercambio	2. Función gastrointestinal	Código: 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional Características definitorias: Abdomen distendido, cambios en ruidos intestinales, diarrea, vómitos. Factores relacionados: Inmovilidad, intolerancia alimentaria, sedentarismo.
Incontinencia Urinaria	3. Eliminación e intercambio	1. Función urinaria	Código: 00016 Deterioro de la función urinaria. Características definitorias: Incontinencia urinaria. Factores relacionados: Infección del tracto urinario, obstrucción anatómica.
Debilidad	4. Actividad y reposo	2. Actividad / Ejercicio	Código: 00088 Deterioro de la ambulación. Características definitorias: Deterioro dela habilidad para caminar la distancia requerida. Factores relacionados: Deterioro músculo esquelético, dolor, perdida de la condición física.
Insomnio Ansiedad	4. Actividad y reposo	1. Sueño / reposo	Código: 00095 Insomnio Características definitorias: Estado de salud comprometido,

Depresión			dificultad para conciliar el sueño. Factores relacionados: Ansiedad, depresión, malestar físico.
	9.Afrontamiento y tolerancia al estrés	Respuesta de afrontamiento	Código: 00147 Ansiedad ante la muerte. Características definitorias: Temor relacionado al dolor relacionado a la agonía, Temor al proceso de agonía. Factores relacionados: Confrontación de la realidad de la enfermedad terminal.
Ulceras por presión	11. Seguridad / protección	2. Lección física	Código: 00046 Deterioro de la integridad cutánea Características definitorias: Alteración de la integridad de la piel. Factores relacionados: Hipotermia, alteración de la turgencia de la piel, alteración del metabolismo.
Delirium	5. Percepción/ cognición	4. Cognición	Código: 00128 Confusión aguda Características definitorias: Alteración del nivel de conciencia, alteración de la función cognitiva. Factores relacionados: Delirio.

Tabla 8. Diagnósticos de Riesgo

Dominio	Clase	Diagnóstico
2. Nutrición	4. Metabolismo	Código: 00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable. Factores de riesgo: Ingesta diaria insuficiente, pérdida de peso excesiva.
	5. Hidratación	Código: 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico Factores de riesgo: Diarrea, Volumen de líquidos insuficiente, vómitos, disfunción renal.
		Código: 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos. Factores de riesgo: Ascitis.
10. Principios vitales	3.Congruenciaentre valores/creencias/acciones	Código: 00067 Riesgo de sufrimiento espiritual. Factores de riesgo: Enfermedad crónica, depresión.
11. Seguridad protección	1. Infección	Código: 00004 Riesgo de infección Factores de riesgo: Enfermedad crónica.

	2. Lección física	Código: 00155 Riesgo de caídas Factores de riesgo: Deterioro de la movilidad, diarrea, enfermedad. Código: 00249 Riesgo de ulcera por presión Factores de riesgo: Alteración en la sensibilidad, deshidratación, disminución de la movilidad, edema, nutrición inadecuada, piel seca, presión sobre prominencia ósea.

Resultados NOC

Los resultados NOC es un lenguaje complementario a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC y de los diagnósticos de NANDA II. Ya que son los resultados que se esperan alcanzar después de brindar los cuidados al paciente.

Tabla 9. Resultados

Diagnóstico de enfermería	Resultado NOC				
	Resultado	**Dominio**	**Clase**	**Indicador**	Escala
Código: 0013 Dolor crónico Características definitorias: Expresión facial del dolor Factores relacionados: Deterioro del funcionamiento metabólico.	(3016) Satisfacción del paciente/ manejo del dolor Pag510	VI. Salud familiar	EE Satisfacción con los cuidados.	(301601) Nivel de dolor controlado regularmente (301604) Acciones tomadas para aliviar el dolor (301605) Acciones tomadas para brindar comodidad	1. No del todo satisfecho 2. Algo satisfecho 3. Moderadamente satisfecho 4. Muy satisfecho 5. Completamente satisfecho.
Código: 00030 Deterioro de intercambio de gases. Características definitorias: Disnea, Somnolencia. Factores relacionados: Desequilibrio en la ventilación–Perfusión.	(0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso. Pag372	II Salud fisiológica	E Cardiopulmonar	(040211) Saturación de O2 (040214) Equilibrio entre ventilación y perfusión.	1. Desviación grave normal 2. Desviación rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal
Código: 00032 Patrón respiratorio ineficaz Características definitorias: Disnea. Factores relacionados: Ansiedad, dolor.	(0415) Estado respiratorio Pag371	II Salud fisiológica	E Cardiopulmonar	(041514) Disnea de reposo (041531) Tos	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
Código: 00027 Déficit de volumen de líquidos Características definitorias: Alteración de la turgencia de la piel, debilidad, membranas mucosas secas, piel seca. Factores relacionados: Mecanismos de regulación	(0601) Equilibrio hídrico Pag332	II Salud fisiológica	G Líquidos y electrolitos	060107 Entradas y salidas diarias equilibradas. 060116 Hidratación cutánea 060117 Humedad de membranas mucosas	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido

comprometidos.					5. No comprometido
				060110 Ascitis 060115 Sed	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 6. Ninguno
Código: 00103 Deterioro de la deglución Características definitorias: Náuseas, tos, falta de apetito, vomito, dolor epigástrico. Factores relacionados: Enfermedad crónica	(1010) Estado de deglución Pag344	II Salud fisiológica	K. Digestión y nutrición	(101012) Náuseas (101020) Tos (101014) Reflujo gástrico	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
Código: 00013 Diarrea Características definitorias: Dolor abdominal, perdidas de heces liquidas mayor de 3 en 24 horas, ruidos intestinales hiperactivos. Factores relacionados: Infección, ansiedad, inflamación e irritación gastrointestinal. Código: 00011 Estreñimiento Características definitorias: Anorexia, ruidos intestinales hiperactivos, vómitos. Factores relacionados: Deshidratación, disminución de la motilidad gastrointestinal, ingesta de líquidos insuficiente, depresión, sedentarismo.	(1015) Función gastrointestinal Pag380	II Salud fisiológica	K Digestión y nutrición	(101533) Vómitos (101535) Diarrea (101536) Estreñimiento (101537) Pérdida de peso	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderad 4. Leve 6. Ninguno

Código: 00016 Deterioro de la función urinaria. Características definitorias: Incontinencia urinaria. Factores relacionados: Infección del tracto urinario, obstrucción anatómica.	(0502) Continencia urinaria Pag245	II Salud fisiológica	F Eliminación	(050207) Pérdidas de orina entre micciones (050211) Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (050212) Ropa mojada durante el día	1. Siempre demostrado 2. Frecuentemente demostrado 3. A veces demostrado Raramente demostrado 4. Nunca 5. demostrado
Código: 00088 Deterioro de la ambulación. Características definitorias: Deterioro de la habilidad para caminar. Factores relacionados: Deterioro músculo esquelético, dolor, pérdida de la condición física.	(0208) Movilidad	II Salud fisiológica	C Movilidad	(020803) Movimiento muscular (020804) Movimiento articular (020802) Movimiento de la posición corporal	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
Código: 00095 Insomnio Características definitorias: Estado de salud comprometido, dificultad para conciliar el sueño. Factores relacionados: Ansiedad, depresión, malestar físico.	(0004) Sueño	I Salud funcional	A Mantenimiento de la energía	(000401) Horas de sueño (000404) Calidad del sueño (000410) Despertar en apropiada. (000419) Cama confortable	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
Código: 00147 Ansiedad ante la muerte. Características definitorias: Temor r elacionado al dolor relacionado a la agonía, Temor al proceso de agonía. Factores relacionados: Confrontación de la realidad de la enfermedad terminal.	(1307) Muerte digna Pag419	III Salud psicosocial	N Adaptación psicosocial	(130703) Participa en las decisiones relacionadas con los cuidados. (130704) Participa en las decisiones sobre la hospitalización (130711) Comparte sentimientos sobre la muerte	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado

				(130725)Expresa preparación para morir	
Código: 00046 Deterioro de la integridad cutánea Características definitorias: Alteración de la integridad de la piel. Factores relacionados: Hipotermia, alteración de la turgencia de la piel, alteración del metabolismo. Código: 00045 Deterioro de la mucosa oral. Características definitorias: Halitosis, sangrado, xerostomía. Factores relacionados: Deshidratación, depresión, enfermedad autoinmune,	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas Pag401	III Salud psicosocial	L Integridad tisular	(110101) Temperatura de la piel (110102) Sensibilidad (110103) Elasticidad (110104) Hidratación (110115) Lesiones cutáneas (110116) Lesión de la mucosa (110121) Eritema (110122) Palidez (110123) Necrosis	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 1. Grave 2. Sustancial
Código: 00128 Confusión aguda Características definitorias: Alteración del nivel de conciencia, alteración de la función cognitiva. Factores relacionados: Delirio.	(0916) Nivel del delirio Pág. 425	II Salud fisiológica	J Neurocognitivo	(091612) Verbalización sin sentido (091617) Alteración del patrón del sueño (091621) Delirios	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

Intervenciones NIC

Es una clasificación de intervenciones de enfermería de mucha utilidad para la planificación de cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados, la integración de datos entre situaciones y sistemas, diseños de programas y la docencia. Incluye

intervenciones que la realizan los profesionales de enfermería encaminados hacia los pacientes, intervenciones dependientes o independientes y cuidados directos e indirectos. Las 554 intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos. La relación que existe entre un diagnóstico de enfermería y una intervención, deben estar siempre juntos para obtener un resultado o la resolución del problema del paciente. La relación facilita el razonamiento del diagnóstico y la toma de decisiones clínicas por parte del profesional de enfermería al identificar las intervenciones y las opciones terapéuticas para la resolución de un diagnóstico de enfermería.

Tabla 10. Intervenciones de Enfermería

Diagnóstico	Intervención	Actividades
Dolor crónico Características definitorias: **Expresión facial del dolor** Factores relacionados: **Deterioro del funcionamiento metabólico.**	**Campo:** 1 Fisiológico básico **Clase:** E Fomento de la comodidad física **Código:** 1400 Manejo del dolor	• Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. • Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésico correspondientes. • Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor. • Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones). • Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo. • Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos). • Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor. • Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos específicos.
Deterioro del intercambio de gases. Características definitorias: **Disnea, somnolencia.**	**Campo:** 2 Fisiológico complejo **Clase:** K Control respiratorio	• Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda. • Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. • Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado. • Administrar oxígeno suplementario según órdenes. • Vigilar el flujo de litros de oxígeno. • Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.

Factores relacionados: **Desequilibrio en la ventilación – perfusión. Patrón respiratorio ineficaz** Características definitorias: **Disnea.** Factores relacionados: **Ansiedad, dolor.**	**Código:**3320 Oxigenoterapia	• Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido. • Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda. • Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo. • Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno. • Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción. • Observar la ansiedad de la paciente relacionada con la necesidad de la oxigenoterapia. • Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno. • Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente. • Instruir al paciente y a la familia en el uso de oxígeno en casa. • Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comodidad, según corresponda.
Déficit de volumen de líquidos Características definitorias: **Alteración de la turgencia de la piel, debilidad, membranas mucosas secas, piel seca.** Factores relacionados: **Mecanismos de regulación comprometidos.**	**Campo:** 2 Fisiológico complejo **Clase:** G Control de electrolíticos y ácido- básico **Código:** 2080 Manejo de líquidos/ electrolitos	• Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación. • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/ hundidos, respiración rápida y superficial). • Pesar a diario y valorar la evolución. • Administrar líquidos, si está indicado. • Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno. • Proporcionar agua libre con la alimentación por sonda, según las normas del centro y como esté indicado. • Administrar fibra según prescripción al paciente alimentado por sonda para reducir la pérdida de líquidos y electrólitos causada por la diarrea. • Mantener un ritmo adecuado de infusión iv, transfusión de sangre o enteral, sobre todo si. • Asegurarse de que la solución iv. que contenga electrólitos se administra a un ritmo constante, según corresponda. • Observar si se producen efectos secundarios (p. ej., náuseas, vómitos, diarrea) del

		suplemento de electrólitos prescrito. • Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis e ictericia). • Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea). • Ayudar a los pacientes que tengan deterioro de las condiciones mentales o físicas (p. ej., disfagia, deterioro cognitivo, discapacidad psíquica, reducción de la fuerza física o la coordinación).
Deterioro de la deglución Características definitorias: **Náuseas, tos, rechazo a los alimentos, vómito, dolor epigástrico.** Factores relacionados: **Enfermedad crónica**	**Campo:** 1 Fisiológico básico **Clase:** E Fomento de la comodidad física **Código:** 1450 Manejo de las náuseas.	• Animar al paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas. • Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas. • Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes. • Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida (p. ej., apetito, actividad, desempeño laboral, responsabilidad y sueño). • Identificar los factores (p. ej., medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas. • Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible. • Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (p. ej., malos olores, sonido y estimulación visual desagradable). • Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y desconocimiento). • Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej., biorretro-alimentación, hipnosis, relajación, imaginación simple dirigida, musicoterapia, distracción, acupresión) para controlar las náuseas. • Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de la quimioterapia; antes de que se produzcan o aumenten las náuseas y junto con otras medidas de control de las mismas. • Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas. • Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas. • Administrar una dieta con alimentos líquidos fríos, sin olor y sin color, según sea conveniente.
Deterioro de la mucosa oral.	**Campo:** 1 Fisiológico básico	• Establecer una rutina de cuidados bucales. • Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.

Características definitorias: **Halitosis, sangrado, xerostomía.** Factores relacionados: **Deshidratación, depresión, enfermedad autoinmune.**	**Clase:** F Facilitación del autocuidado **Código:** 1710 Mantenimiento de la salud bucal.	• Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes. • Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca. • Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, cremas de protección oral y analgésicos tópicos o sistémicos. • Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario. • Facilitar un cepillado de dientes y el uso del hilo dental a intervalos regulares. • Recomendar el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves. • Establecer chequeos dentales, si es necesario. • Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza, si es necesario. • Animar a los usuarios con dentadura postiza a cepillarse las encías y la lengua y a enjuagarse la cavidad oral a diario.
Diarrea Características definitorias: **Dolor abdominal, perdidas de heces liquidas mayor de 3 en 24 horas, ruidos intestinales hiperactivos.** Factores relacionados: **Infección, ansiedad, inflamación, irritación gastrointestinal.**	**Campo:** 1 Fisiológico básico **Clase:** B Control de la eliminación **Código:** 0460 Manejo de la diarrea	• Determinar la historia de la diarrea. • Obtener una muestra de heces para realizar un cultivo y antibiograma si la diarrea continuase. • Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes y añadir fibra en forma gradual. • Identificar los factores (medicamentos, bacterias, alimentación por sonda), que puede ocasionar o contribuir a la existencia de diarrea. • Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que produzca. • Vigilar la turgencia de la piel con regularidad. • Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración. • Pesar regularmente al paciente. • Solicitar al paciente/familia que registren el color, frecuencia, volumen y consistencia de las deposiciones.
Estreñimiento Características definitorias: **Anorexia, ruidos intestinales hiperactivos, vómitos.** Factores relacionados: **Deshidratación, baja motilidad intestinal,**	**Campo:** 1 Fisiológico básico **Clase:** B Control de la eliminación **Código:** 0450 Manejo del estreñimiento / impactacion fecal	• Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. • Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. • Vigilar la existencia de peristaltismo. • Observar si hay signos y síntomas de rotura intestinal y/o peritonitis. • Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado. • Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda. • Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, según corresponda.

cambios en los hábitos alimentarios, depresión sedentarismo.		• Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda. • Pesar al paciente regularmente. • Enseñar al paciente o a la familia los procesos digestivos normales.
Motilidad gastrointestinal disfuncional Características definitorias: **Abdomen distendido, cambios en los ruidos intestinales, diarrea, vómitos.** Factores relacionados: **Inmovilidad, intolerancia alimentaria, sedentarismo.**	**Campo:** 1 Fisiológico básico **Clase:** E Fomento de la comodidad física **Código:** 1570 Manejo del vomito	• Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre y la duración de la emesis, así como el grado en el que es forzado. • Medir o estimar el volumen de la emesis. • Conseguir un historial completo previo al tratamiento. • Identificar los factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vómito. • Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que haya sido posible. • Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable). • Reducir o eliminar los factores personales que desencadenen o aumenten el vómito (ansiedad, miedo y ausencia de conocimiento). • Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un período de 30 minutos no se han producido vómitos. • Controlar el equilibrio hidroelectrolítico. • Fomentar el descanso. • Utilizar suplementos nutricionales, si es necesario, para mantener el peso corporal. • Controlar los efectos del control del vómito. • Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. • Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza). • Proporcionar alivio (p. ej., poner toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca) durante el episodio del vómito. • Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.
Deterioro de la función urinaria. Características definitorias: **Incontinencia urinaria.** Factores relacionados: **Infección del tracto**	**Campo:** 1 Fisiológico básico **Clase:** B Control de la eliminación **Código:** 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria	• Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos). • Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. • Limpiar la zona genital a intervalos regulares. • Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño. • Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.

urinario, obstrucción anatómica.		
Deterioro de la ambulación. Características definitorias: **Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida.** Factores relacionados: **Deterioro musculo-esquelético, dolor, perdida de la condición física.**	**Campo:** 1 Fisiológico básico **Clase:** A Control de actividad y ejercicio **Código:** 0226 Terapia de ejercicios: control muscular	• Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios. • Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, según corresponda. • Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción). • Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia. • Ajustar la iluminación, la temperatura ambiente y el nivel de ruido para mejorar la capacidad de concentración del paciente en la actividad de ejercicios. • Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios. • Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad. • Vestir al paciente con prendas cómodas. • Practicar actividades motoras que requieran atención y utilizar los dos lados del cuerpo • Animar al paciente a practicar ejercicios de forma independiente, si está indicado.
Insomnio Características definitorias: **Estado de salud comprometido, dificultad para conciliar el sueño.** Factores relacionados: **Ansiedad, depresión, malestar físico.**	**Campo:** 1 Fisiológico básico **Clase:** F Facilitación del autocuidado **Código:** 1850 Mejorar el sueño	• Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. • Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad. • Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. • Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. • Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño. • Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda. Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. • Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. • Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño. • Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente. • Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.

Ansiedad ante la muerte. Características definitorias: **Temor relacionado al dolor relacionado a la agonía, Temor al proceso de agonía.** Factores relacionados: **Confrontación de la realidad de la enfermedad terminal.**	**Campo:** 3 Conductual **Clase:** R Ayuda para el afrontamiento **Código:** 5260 Cuidados en la agonía.	• Identificar las prioridades de cuidados del paciente. • Comunicar la voluntad de comentar aspectos de la muerte. • Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte. • Ayudar al paciente y a la familia a identificar un sentido compartido de la muerte. • Tratar de comprender las acciones, sentimientos y actitudes del paciente. • Observar si el paciente padece ansiedad. • Permanecer en proximidad física a los pacientes atemorizados. • Controlar el deterioro de las capacidades físicas y/o mentales. • Disminuir la demanda de funcionamiento cognitivo cuando el paciente está enfermo o fatigado. • Observar los cambios del estado de ánimo. • Respetar las solicitudes del paciente y la familia sobre cuidados específicos. • Observar si hay dolor. • Ofrecer líquidos y comida blanda frecuentemente. • Establecer frecuentes periodos de descanso. • Ayudar con los cuidados básicos si es necesario. • Respetar la necesidad de intimidad. • Modificar el ambiente, en función de las necesidades y los deseos del paciente. Apoyar los esfuerzos de la familia para permanecer a la cabecera del paciente. • Facilitar la obtención de apoyo espiritual al paciente y a la familia. • Facilitar el cuidado por otras personas, según corresponda. • Facilitar el traslado a un centro de cuidados terminales, según se desee. • Facilitar la conversación sobre los arreglos para el funeral.
Deterioro de la integridad cutánea Características definitorias: **Alteración de la integridad de la piel.** Factores relacionados: H**ipotermia, alteración de la turgencia de la piel, alteración del metabolismo.**	**Campo:** 2 Fisiológico: complejo **Clase:** L Control de la piel/heridas **Código:** 3540 Prevención de ulceras por presión	• Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). • Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras por presión, según el protocolo del centro. • Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión. • Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. • Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda. • Poner el programa de cambios posturales al lado de la cama, según corresponda. • Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de

		posición al menos una vez al día. • Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos. • Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. • Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas. • Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño. • Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda. • Controlar la movilidad y la actividad del paciente. • Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
Confusión aguda Características definitorias: **Alteración del nivel de conciencia, alteración de la función cognitiva.** Factores relacionados: **Delirio.**	**Campo:** 3 Conductual **Clase:** P terapia cognitiva **Código:**4720 Estimulación cognitiva	• Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas. • Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas. • Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente. • Fomentar el uso de programa de multi- estimulación (cantar, escuchar música, actividades creativas, ejercicio, conversación, interacción social) para estimular y proteger la capacidad cognitiva. • Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente. • Orientar con respecto al tiempo lugar y persona. • Hablar con el paciente.

Evaluación

En esta etapa se evalúa la calidad de los cuidados de enfermería al aplicar las actividades al paciente con una enfermedad terminal de acuerdo a cada intervención se puede concluir si se cumplieron o no los resultados esperados. De esta manera proporcionar al paciente una asistencia de calidad y ayudar a que tenga una muerte digna.

Gráfico 3. Algoritmo para el cuidado de pacientes en etapa terminal

VALORACIÓN

Paciente terminal con cuidados paliativos

- Historia clínica y exploración.
- Exámenes y medios de diagnóstico
- Recolección de datos subjetivos (síntomas) y objetivos (signos)
- Priorización de problemas

Escalas de valoración

- Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (Esas)
- Escala de pronóstico paliativo (Pap Score)
- Escala De Barthel - Actividades Básicas De La Vida Diaria
- Escala Visual Analógica (Eva)

Listado de problemas

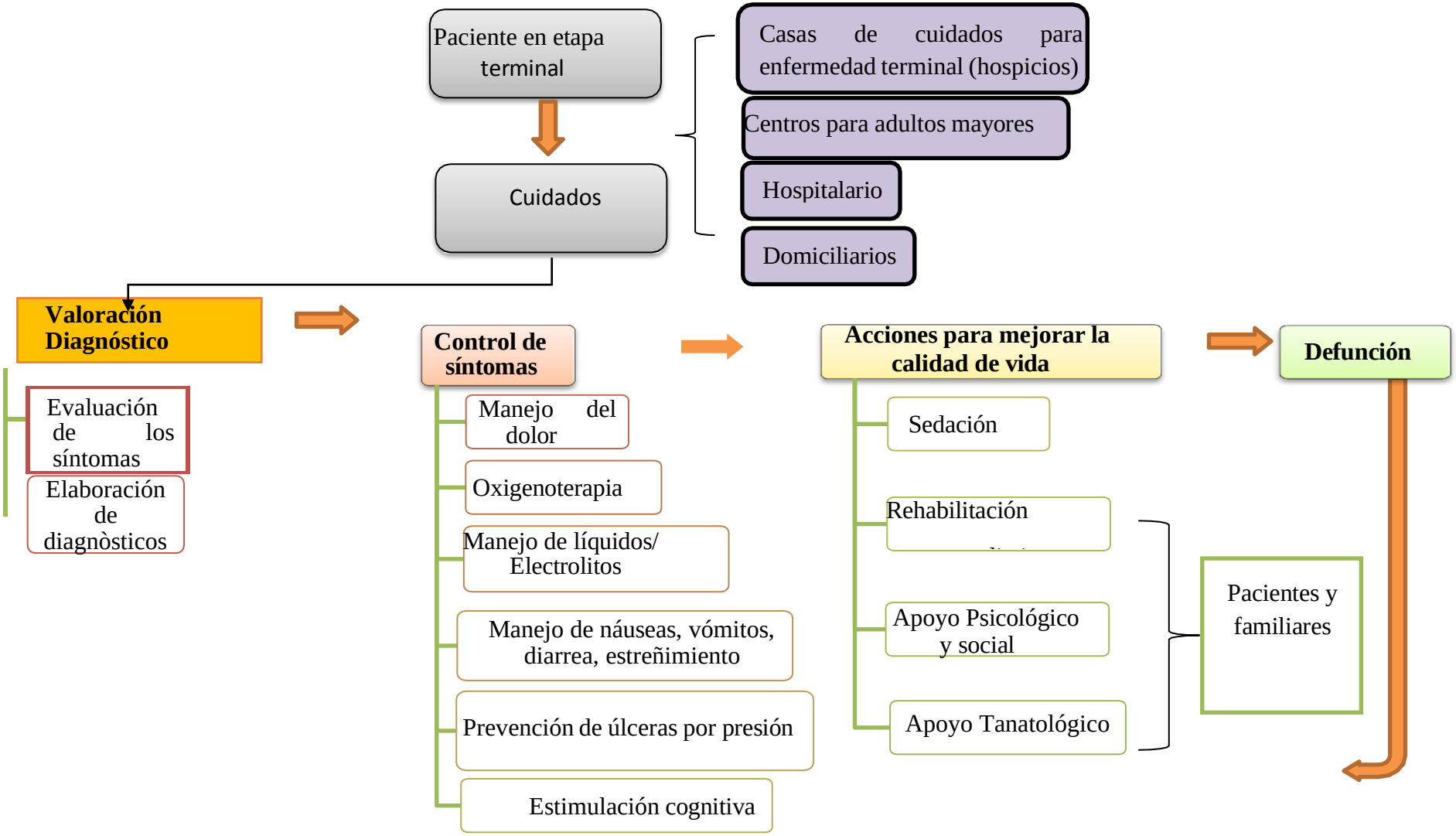
- **Dominio 1 Promoción de la salud:** incumplimiento del tratamiento.
- **Dominio 2 Nutrición:** Deshidratación, Náuseas, Vómito, Anorexia, Caquexia, Disfagia.
- **Dominio 3 Eliminación intercambio:** Disnea, Ascitis, Diarrea, Estreñimiento, Incontinencia urinaria.
- **Dominio 4 Actividad y reposo:** Debilidad, Insomnio, Ansiedad, depresión.
- **Dominio 5 Percepción / cognición:** Delirium.
- **Dominio 11 Seguridad protección:** Ulceras por presión, deterioro de la mucosa.
- **Dominio 12 Confort:** Dolor

Gráfico 4. Planificación del cuidado

PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO

Diagnósticos	Resultados
1) (0013) Dolor crónico **Características definitorias:** Expresión facial del dolor **Factores relacionados:** Deterioro del funcionamiento metabólico.	1) (3016) Satisfacción del paciente / manejo del dolor.
2) (00030) Deterioro del intercambio de gases. **Características definitorias:** Disnea, somnolencia. **Factores relacionados:** Desequilibrio en la ventilación – perfusión.	2) (0402) Estado respiratorio: intercambio
3) (00027) Déficit de volumen de líquidos. **Características definitorias:** Alteración de la turgencia de la piel, debilidad, membranas mucosas secas, piel seca. **Factores relacionados:** Mecanismos de regulación comprometidos.	3) (0601) Equilibrio hídrico.
4) (00196) Motilidad gastrointestinal disfuncional **Características definitorias:** Abdomen distendido, cambios en los ruidos intestinales, diarrea, vómitos. **Factores relacionados:** Inmovilidad, intolerancia alimentaria, sedentarismo.	4) (1015) Función gastrointestinal**.**
5) (00016) Deterioro de la función urinaria. **Características definitorias:** Incontinencia urinaria. **Factores relacionados:** Infección del tracto urinario, obstrucción anatómica.	5) (0502) Continencia urinaria.
6) **(**00088) Deterioro de la ambulación. **Características definitorias:** Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida. **Factores relacionados:** Deterioro musculo esquelético, dolor, pérdida de la condición física.	6) (0208) Movilidad.
7) **(**00046) Deterioro de la integridad cutánea **Características definitorias:** Alteración de la integridad de la piel. **Factores relacionados:** Hipotermia, alteración de la turgencia de la piel, alteración del metabolismo.	7) (1101) Integridad tisular: piel y membranas
8) **(**00147) Ansiedad ante la muerte. **Características definitorias:** Temor relacionado al dolor relacionado a la agonía, Temor al proceso de agonía. **Factores relacionados:** Confrontación de la realidad de la enfermedad terminal.	8(1307) Muerte digna

Gráfico 5. Algoritmo simplificado para el cuidado de pacientes en etapa terminal



6.3.Validación

En este epígrafe se describe el proceso de la valoración que dan los expertos sobre la propuesta “Estrategia educativa de cuidados estandarizados de enfermería para pacientes en etapa terminal con cuidados paliativos”. Con los siguientes objetivos: Diseñar la comprensión y aplicación de los principios de cuidados paliativos por parte de las enfermeras del hospital de especialidades Portoviejo, a través de la capacitación de los estándares y protocolos de los cuidados estandarizados para pacientes en etapa terminal: Promover la comunicación efectiva y empática entre las enfermeras y los pacientes en etapa terminal, mediante el entrenamiento de habilidades de comunicación y la utilización de enfoque centra en el paciente: Fortalecer la capacidad de las enfermeras para mejorar eficazmente los síntomas y dolor en pacientes en etapa terminal mediante la formación de técnicas de control del dolor y manejo de síntomas específicas: Fomentar la colaboración interdisciplinaria entre el equipo de atención de pacientes en etapa terminal, a través de la educación en la importancia de trabajo en equipo y la coordinación de cuidados para brindar una atención a integral y de calidad.

Los expertos evaluaron la propuesta presentada, según las opciones de puntuación de 0 a 4, calificando en su gran mayoría sobre 4, indicando que, la propuesta es clara, existe coherencia, hay suficiencia, relevancia y cuenta con criterio metodológico. La propuesta se basa en una clasificación de intervenciones de enfermería de mucha utilidad para la planificación de cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados, la integración de datos entre situaciones y sistemas, diseños de programas y la docencia. Incluye intervenciones que la realizaran los profesionales de enfermería encaminados hacia los pacientes, intervenciones dependientes o independientes y cuidados directos e indirectos. Las 554 intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos, guardando

relación entre el diagnóstico de enfermería y la intervención, para obtener un resultado positivo en el paciente.

Expertos

Es importante destacar que, se recogieron profesionales de la salud como expertos por sus años de experiencia por el manejo de su trayectoria en la aplicación de cuidados de enfermería a pacientes con cuidados paliativos.

1. Licenciada en enfermería- Magister en Gestión del Cuidado
2. Licenciada en enfermería- Magister en Gestión del Cuidado
3. Licenciada en enfermería- Doctora en Ciencias Biomédicas
4. Licenciada en enfermería- Magister en Salud Pública
5. Licenciada en enfermería- Magister en Salud Pública

Puntuación según opciones de valoración

1. Muy en desacuerdo= 1 punto
2. Algo en desacuerdo= 2 puntos
3. Algo de acuerdo = 3 puntos
4. Muy de acuerdo = 4 puntos

Ítems

Se valoró en 5 Ítems, donde el primero hace referencia a la claridad del contenido de la propuesta; el segundo, la coherencia del contenido; el tercero la suficiencia; el cuarto, la relevancia del mismo y como quinto el criterio metodológico.

El-Alfa de Cronbach, es un coeficiente estadístico empleado para medir la coherencia interna de Ítems determinados en un cuestionario, su eficiencia es de aceptable fiabilidad, aplicado a resultados que varían como en este caso, los expertos marcaron los literales de la opción cuatro y opción 3, lo que significa que está muy de acuerdo, y de acuerdo con la propuesta presentada. El coeficiente de El-Alfa de Cronbach, evalúa conscientemente

la consistencia interna de un conjunto de ítems y se considera aceptable cuando esta es mayor a 0.7 realizando el cálculo, el coeficiente de El-Alfa de Cronbach, para los Items evaluados por los 5 expertos es de **a= 0.896,** dado a que**,** El-Alfa de Cronbach Es mayor a 0.7 se puede concluir que, la propuesta presentada en esta investigación, muestra una consistencia interna aceptable.

7. Conclusiones

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se concluye que:

Basándonos en los estudios revisados, se ha podido respaldar la importancia del papel de enfermería en el contexto de pacientes en etapa terminal, de acuerdo con los fundamentos teóricos del proceso de enfermedad. Estos fundamentos teóricos incluyen la toma de decisiones ante la gravedad de la enfermedad, el estado general previo del paciente, la situación sintomática, las posibilidades reales de respuesta terapéutica y el pronóstico evidente.

Se logró identificar los cuidados paliativos que se brindan a los pacientes con enfermedades en etapa terminal, siendo los profesionales de enfermería responsables de garantizar su bienestar, cuidado y confort. Además, la comunicación desempeña un papel fundamental, ya que se considera una herramienta terapéutica esencial que fomenta la confianza entre el enfermero y el paciente. Por esta razón, es de vital importancia aplicar cuidados holísticos e integrales que se basen en el respeto a la intimidad y en el alivio del dolor. Mejorar la calidad de vida y defender los derechos del paciente se consideran deberes éticos de la enfermería.

La caracterización de la teoría humanista en el Proceso de Atención de Enfermería a pacientes terminales con cuidados paliativos, permitió reconocer y valorar la singularidad y la dignidad de cada individuo en el final de su vida, enfocado en una atención integral y centrada en el paciente, promoviendo la calidad de vida, el bienestar emocional y espiritual, y permitiendo a los pacientes enfrentar la muerte con respeto y dignidad, brindando así, un apoyo holístico y compasivo a las personas en su transición hacia el final de la vida.

El diseño de una Estrategia Educativa de Intervención en cuidados paliativos a pacientes en etapa terminal permite mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias en esta fase tan delicada. A través de la formación y sensibilización que permite proporcionar un cuidado integral, compasivo y respetuoso, brindando así un apoyo vital en momentos de vulnerabilidad, y garantizando que cada individuo tenga una muerte digna y en paz.

8. Recomendaciones

-Establecer políticas institucionales que fomenten la implementación de programas de educación y concienciación dirigidos a profesionales de la salud, hacia un sistema de cuidados paliativos más inclusivo y centrado en el paciente, brindando un apoyo integral a aquellos que se encuentran en la etapa terminal, esto ayudaría a promover la comprensión de los cuidados paliativos y derribar estigmas asociados a la atención al final de la vida.

-Para complementar el Plan de Intervenciones, sería de gran ayuda la intervención de las autoridades pertinentes de la institución, a fin de que se implemente dicha propuesta as, pues su aplicación podría ayudar a prevenir, controlar y disminuir los estados emocionales alterados, ya que se podría mejorar la motivación, así como el estado mental y físico del personal.

-Promover acciones que favorezcan el confort de las pacientes, además del apoyo psicológico que es fundamental antes y durante esta etapa difícil de su vida, de forma que se logre la compresión del paciente ante la situación y a su vez también se le dé a conocer sobre cuidados importantes que ayudaran en casa.

-Fomentar mecanismo de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados para permitir la adaptación de los pacientes oncológicos o terminales y familiares sobre el proceso y mejorar la estructura familiar del paciente

9. Referencias bibliográficas

1. Navarro Sanz JR. Cuidados pañiativos no oncologicos. Valencia:; 2022.

2. Amado J, Oscanoa T. Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. Dianet. 2020; 20(3): p. 8.

3. Figueredo Borda , Ramírez-Pereira , Nurczyk , Diaz Videla V. Modelos e Teorias De Enfermagem: Suporte para Cuidados Paliativos. Scielo. 2019; 8(2): p. 11.

4. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. Colombia: Organización Mundial de la Salud; 2020.

5. Organizacion Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos en América Latina - ECHO. Ginebra: Organizacion Panamericana de la Salud, Asociacion Latinoamericana de Cuidados Paliativos; 2020.

6. Reyes Torres B, Silis Palma K. Percepción de los cuidados paliativos con enfoque espiritual en pacientes con cancer. San Agustin Tlaxiaca: Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud; 2022.

7. Ministerio de Salud Pública. Cifras de Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censo; 2022.

8. Tórres Jara C, Dávalos Huachi D, Quintana Yanez. Cuidados paleativos. Chimborazo: Universidad Nacional de Chimborazo; 2022.

9. Garro Garita A, Fernández Ramírez. Adaptacion de los profesionales de enfermeria con experiencia laboral en servicios de oncología, ante la muerte de una persona usuaria, gran area metropolotana. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, EStudios de Posgrado; 2020.

10. Ortiz Mendoza. Cuidados paliativos como intervención de enfermería en los últimos días de vida: revisión sistemática. Revista del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. 2022; 7(1): p. 11.

11. Cazorla Casio M, Pacheco Arbanto NE. Nivel del conocimiento del cuidador sobre los cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos de una Clinica Privada. Callao: Universidad del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.

12. Guamán Coronel , Salas Contreras , Elizalde Ordoñez H, Coronel Puchaicela MdC, Montero García. Factores que influyen en la ética profesional de enfermería en fase terminal. Revista Ocronos. 2020 Aug; 3(4): p. 12.

13. Ortiz Mendoza , Huerta Baltazar M, Montoya Ramírez E, Cira Huape , Correa Vieyra G. Cuidados paliativos como intervención de enfermería en los últimos días de vida: revisión sistemática. Scielo. 2022 Diciembre; 7: p. 11.

14. Organización Mundial de la Salud. Seminario web: Cuidados Paliativos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

15. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

16. Mimosalud. Mimosalud. [Online].; 2023 [cited 2023 10 01. Available from: https://grupolasmimosas.com/mimoonline/7-objetivos-de-los-cuidados-paliativos/.

17. Guerra Naranjo , Mite Cardenas , Chimborazo Punina B, Mullo Chimbo M. Cuidados paliativos aplicados desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el estadio final en el Cantón Guaranda. Febrero-junio 2022. Revista Científica Dominio de las Ciencias. 2022 Junio; 8(3): p. 19.

18. Salvador Coloma , Salvador Coloma , Segura Huerta , Andrés Moreno , Fernández Navarro JM, Niño Gómez O, et al. Actualidad de los cuidados paliativos. Revisión de una situación poco estandarizada. Pediatría Atención Primaria. 2019; 17(67): p. 9.

19. Instituto Nacional de Salud de Guatemala. Etenció Primaria de Salud Prinicpios y Métodos. In. Guatemala: Copryght; 1992. p. 648.

20. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. GInebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

21. Ministerio de Salud Pública. Politica Nacional de Cuidados Paliativos. Quito: Ministerio de Salud Pública, Comunicación; 2022.

22. Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de Cuidados Paliativos. QUito: Ministerio de Salud Pública; 2022.

23. Ministerio de Salud Pública. Guias de Prácticas Clinicas. Quito: Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional de Información; 2019.

24. Aliaga Jimenez C. Papel de enfermería en los cuidados paliativos pediatricos. España: Universidad Europea, Grado de Enfermería; 2020.

25. Valle Ballesteros. Manual Basico de Enfermería paliativa. Bogotá: Universidad el Bosque, Facultad de Enfermería; 2019.

26. Quinto Jurado O, Murga Tovar LC. Eficacia de los cuidados paliativos domiciliarios en el adulto mayor. Perú: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2020.

27. Acurio Barre S, Quijije Chavez , Vásquez Morán. El rol de la enfermería en los cuidados paliativos. Revista Científica Dominio de las Ciencias. 2022 Mar; 8(2): p. 11.

28. Fuentes Fernández. Enfermería ante los cuidados paliativos en Atención Primaria. Cantabria: Universidad de Cantabria, Curso Adaptación al Grado para Enfermerí; 2020.

29. Fernández Fernández , García Martínez , García Bueno , Fernández Grande AI, Lozano González T, Rubio Prieto. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería. Dialnet. 2017; 2(13): p. 12.

30. Morales Ramón , Ramírez López , Cruz León A, Arriaga Zamora , Vicente Ruíz M, García CDlC, et al. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte. Research Article. 2021; 12(1): p. 10.

31. Carreón Nieto H, Negrón Mata , Olague Urincho E. Nivel de depresión en el cuidador primario del paciente con cáncee. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Salud. 2023; 3(2): p. 14.

32. Hermosilla Ávila A. Acompañamiento humanizado y calidad de vida en personas con cáncer avanzado y familia. Mexico: Universidad de Concepción, Facultad de Salud; 2019.

33. Clare. Aspects of Palliative Care Nursing in the Time of COVID-19. Scielo. 2021; 21(1): p. 13.

34. Cevallos Sarmiento E. Nivel de conocimientos de los problemas éticos y manejo de los cuidados paliativos por parte de los médicos del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca: Universidad del Azuay, Posgrados Maestría en Bioética; 2020.

35. Ariño Ventura A. Los cuidados dignos al final de la vida desde la perspectiva enfermera: ua revisión sistemática de la literatura. Madrid: Universidad Internacional de Catalunya, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.

36. Carrillo M, Gómez Ramírez O, Mauricio Arias. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. Editorial Neogranadina. 2018; 32(1): p. 12.

37. Kwon S, Kim , Choi. Experiencias de las enfermeras al brindar "cuidados de enfermería sensibles" a personas con cáncer en fase terminal: un estudio cualitativo. Jurnal Oncol Enfermeras. 2020 May; 13(46): p. 11.

38. Tay , Compton , Phua , Zhuang Q, Neo S, Lee G, et al. Percepciones de los profesionales de la salud hacia los cuidados paliativos en las salas de medicina interna: una encuesta transversal. PubMed. 2021 Jun; 20(1): p. 9.

39. Franjic S. Enfermería en cuidados paliativos. MEDIRES Symbol of Quality Research. 2022; 1(1): p. 9.

40. Kostopoulou S, Parpa , Tsilika , Katsaragakis S, Papazoglou , Zygogianni , et al. Percepciones de dignidad de los pacientes con cáncer avanzado: el impacto de los síntomas psicológicamente angustiosos y el duelo preparatorio. PubMed. 2019; 33(2): p. 11.

41. Devi Laabar , Saunders , Auret K, Johnson. Necesidades de cuidados paliativos entre pacientes con enfermedades avanzadas en Bután. PubMed. 2019 Jan; 20(1): p. 12.

42. Lo Mónaco , Mallaci Bocchio , Natoli G, Scibetta , Bongiorno , Argano C, et al. Relaciones humanas en el final de la vida de los pacientes: un estudio cualitativo en una sala de cuidados paliativos. PubMed. 2020; 15(6): p. 9.

43. Etafa W, Wakuma , Fetensa , Tsegaye , Abdisa , Oluma A, et al. Conocimiento de las enfermeras sobre cuidados paliativos y actitud hacia los cuidados al final de la vida en hospitales públicos de las zonas de Wollega: un estudio transversal multicéntrico. PubMed. 2020 Octubre; 10(15): p. 11.

44. López García M. Nivel de Conocimiento en Cuidados Paliativos de Médicos y Enfermeras: Validación Transcultural de una Herramienta de Evaluació. Málaga: Universidad de Málaga, Facultad de Medicina; 2021.

45. Pott D, Arboit É, Mistura , Possamai Menezes L, Arboit J. Cuidados paliativos: percepções da equipe multiprofissional em uma unidade hospitalar. Ética de los cuidados: Humanización en Salud. 2019; 12(3): p. 13.

46. Moraes Zepeda G, Miranda da Silva , Leitão Dos Santos , Barroso Gaspar , Corrêa Trotte. Gestión de los cuidados de enfermería en VIH/SIDA desde una perspectiva paliativa y hospitalaria. PubMed. 2019 Sep; 72(5): p. 10.

47. Álex Sandro de Azeredo S, Eneas Rangel T. Cuidados paliativos oncológicos y sus influencias psíquicas en la percepción de los enfermeros. BvS. 2019 Jan; 23(12): p. 14.

48. De Luna Leite , Lima dos Santos C, Borba de Souza , De Almeida Cavalcanti T, Eduardo Tavares Gomes , De Araújo Püschel. Cuidados preoperatorios al paciente en etapa terminal de la enfermedad desde la perspectiva del enfermero. Revista de Enfermería Red Noreste. 2022 Sep; 23(4): p. 8.

49. Escobar Escobar , Angulo Albán J, Calderón Orozco , Gallego Marín A, Ramírez Morales. Problemas a los que se enfrenta el personal de enfermería en el cuidado paliativa. Horizonte de Enfermería. 2020; 31(3): p. 16.

50. Coral Ibarra RdC. Calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes con Enfermedad mental de una institución privada de la ciudad de Bogotá. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Facultad de Salud; 2020.

51. Bustamante Carrasco RW, Roldan Yépez Y. Rol de enfermería en los cuidados paliativos nefrológicos pediátricos. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Carrera de ENfermeír; 2022.

52. Bailón López P. Rol de enfermería en cuidados paliativos domiciliarios a pacientes con cáncer. Manta: Universidad La+ica Eloy Alfaro de Manabí, Facultad de Salud; 2021.

53. Alina Karla Quesada Somann DCAML. METODOS TEORICOS DE INVESTIGACIÒ: ANALISIS-SINTESIS, INDUCCIÒN, DEDUCCION, ABSTRACTO, , CONCRETO E HISTORICO- LOGICO. UNIVERSIDA DE MATAZSAS. 2020 Diciembre.

54. Lòpez Falcon AL&RSG. Acerca de los metodos teoricos y empiricos de investigaciòn: significacion para la investigaciòn educativa. REVISTA CONRADO. 2023 Junio; 17(S3)(22-31).

55. Dr. Roberto Hernández Sampieri DCFCDMdPBL. Metodología de la investigación. [Online].; 2018 [cited 2023 Julio 11. Available from: https://academia.utp.edu.co/grupobasicoclinicayaplicadas/files/2013/06/Metodolog%C3%ADa-de-la-Investigaci%C3%B3n.pdf.

56. Mares MG. Metodología de la investigación. Revista Universitaria digital de ciencias sociales. 2018 Enero-Junio; 10(18).

57. Hernández-Sampieri, Roberto. Metodologia de la investigacion. Sexta edicion ed. Mexico: Mc Graw Hill educación; 2018.

58. Alina Karla Quesada Somano AML. MÉTODOS TEÓRICOS DE INVESTIGACIÓN: ANÁLISIS-SÍNTESIS, INDUCCIÓN-DEDUCCIÓN, ABSTRACTO -CONCRETO E HISTÓRICO-LÓGICO. Universidad de Matanza. 2020 Diciembre.

59. Uranga Montero , Ruíz González , Palome Vega. Nivel de Conocimiento Sobre Cuidados Paliativos del Personal de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel. European Scientific Journal. 2023; 19(12): p. 12.

60. Jiménez Cortés , Ramos Sánchez A. Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de Enfermería-valoración de App (herramienta de trabajo). Revista Científica CODEM. 2022; 18: p. 29.

61. Carzola Cosio M, Pacheco Abanto NE. Nivel de conocimientos del cuidador, sobre cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncologicos geriatricos de una clinica privada de Huancayo. Perú: Universidad Nacional de Callo, Facultad de Enfermería; 2021.

62. Torres Gutierrrez A, Rios Salas VH. Efectividad de los cuidados paliativosen la unidad de cuidados intensivo. Lima-Perú: Universidad Privada de Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.

63. Cortijo Palacios X, Contreras Bello , Gutiérrez García , Cadena Barajas M, Cibrián Llandera. Descripción y análisis de la sintomatología asociada al dolor en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Revista Biomédica. 2020; 31(3): p. 14.

64. Hernandez Dorta A. Beneficios de los cuidados paliativos en domicilio. Murcia: Universidad de la Laguna, Enfermería; 2018.

65. Rojas Vega OY. Efectividad de los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida en pacientes oncológicos. Lima: Universidad Privada Norbert Weinwe, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.

66. Rizo Vázquez , Gasca Hernández , Marlén Molina L, Diaz Torres. Enfoque bioético en los cuidados paliativos en pacientes. Revista Cubana de Salud Pública. 2020; 38(4): p. 11.

67. Lozano López , Huertas Pérez M. Cuidados paliativos, cuidados compartidos. Revista de Cuidados Paliativos. 2018; 21(49): p. 8.

68. Piedrafita S, Arzoz Y, Sanchez Fernandez M, Zuazua Ros E. Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. Elsevier Enfermería Intensiva. 2018; 26(4): p. 12.

69. Mendes Luiz , Mourão Netto J, Barbosa Vasconcelos , Da Conceição Coelho M. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. Revista de Pesquiza Cuidado Fundamental Online. 2019; 10(2): p. 14.

70. International Association for Hospice and Palliative Care. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020. Houston: International Association for Hospice and Palliative Care; 2021.

71. Fueltala González M, Mejía Alvaréz ET. Estrategias de intervención sobre cuidados paliativos dirigidos a familiares de pacientes oncológicos en fase terminal que acuden al Centro de Salud No. 1 Esmeraldas. Esmeraldas: UIANDES, Facultad de Ciencias Médicas; 2019.

72. Álvarez Hernánez , Torres Concepción J, Rodríguez Samada , Moreira Marichal. Estrategia educativa preventiva para las familias que poseen enfermos con necesidades de cuidados paliativos del Policlínico Lidia y Clodomira del municipio Regla 2020-2021. Revista Científica Redipe. 2023; 12(7): p. 11.

73. Barraza C. Manual para la presentacion de referencias bibliograficas de documentos impresos y electronicos. UtemVirtual. 2018 junio.

10. ANEXOS

Anexo 1. Carta de Interés Institucional

República del Ecuador

Ministerio de Salud Pública

CARTA DE INTERÉS INSTITUCIONAL

A QUIEN PUEDA INTERESAR

POR MEDIO DE LA PRESENTE MANIFIESTO QUE EL PROYECTO TITULADO: "ROL DE ENFERMERIA Y CUIDADOS PALIATIVOS EN ETAPA TERMINAL, SEGÚN LA TEORIA DE CALIXTA ROY" ES DE INTERÉS INSTITUCIONAL POR LOS RESULTADOS QUE SE PUEDEN GENERAR DE ESTE PROYECTO PUEDEN LLEVAR A CAMBIOS Y TOMAS DE DECISIONES YA QUE AL MOMENTO SE CONSTA DE UNA UNIDAD DE HOSPITAL DEL DIA DONDE SE TRATAN PACIENTES PALIATIVOS.

INFORMO TAMBIÉN QUE LA PARTICIPACIÓN DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO ES LIBRE Y VOLUNTARIA; Y, QUE EN CASO DE SOLICITAR DATOS ANONIMIZADOS O SEUDONIMIZADOS EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO CON LA CAPACIDAD DE ENTREGAR LOS DATOS DE MANERA ANONIMIZADA O SEUDONIMIZADA SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

ADEMÁS, LOS INVESTIGADORES HAN MANIFESTADO QUE CUENTAN CON LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. POR TANTO, EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO NO CONTEMPLA ALGÚN TIPO DE FINANCIAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE ESTE ESTUDIO.

SE ACLARA QUE ESTE DOCUMENTO NO CONSTITUYE LA AUTORIZACIÓN, NI LA APROBACIÓN DEL PROYECTO, O DEL USO DE INSUMOS O RECURSOS HUMANOS DE LA INSTITUCIÓN. ADEMÁS, SE INFORMA QUE UNA VEZ QUE LA INVESTIGACIÓN SEA APROBADA POR UN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, EL INVESTIGADOR PRINCIPAL PODRÁ SOLICITAR LOS DATOS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO O DATOS DE SALUD ANONIMIZADOS O SEUDONIMIZADO, DEBIENDO ADJUNTAR EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN APROBADO Y LA CARTA DE APROBACIÓN EMITIDA POR EL CEISH.

EN CASO DE QUE EL INVESTIGADOR REQUIERA DE TALENTO HUMANO O INSUMOS DE UN ESTABLECIMIENTO PÚBLICO SANITARIO PARA LA EJECUCIÓN DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, DEBE SUSCRIBIR UN CONVENIO SEGÚN COMO LO DETERMINE ESTABLECIMIENTO PÚBLICO SANITARIO, EN BASE A LO ESTABLECIDO EN EL ACUERDO MINISTERIAL NO. 00011 -2020, "REGLAMENTO DE SUSCRIPCIÓN Y EJECUCIÓN DE CONVENIOS DEL MSP", PUBLICADO EN REGISTRO OFICIAL – EDICIÓN ESPECIAL NO. 590 DE 20 DE MAYO DE 2020. CABE SEÑALAR QUE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA SUSCRICIÓN DEL CONVENIO DEBERÁ CONTAR CON LA APROBACIÓN DE UN CEISH APROBADO POR MSP.

PORTOVIEJO 2 DE MAYO 2023

JOSE LUIS BARBERAN BRUN

COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO

JOSE BOSCO BARBERAN MERA

GERENTE GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO

Dirección: Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan. **Código postal:** 170146 / Quito Ecuador
Teléfono: 593-2-3814-400 - www.salud.gob.ec

Gobierno del Encuentro | Juntos lo logramos

Anexo # 2.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

"Escala De Likert"

Instrucciones

A continuación, se presentan proposiciones al lado izquierdo y las alternativas al lado derecho, lea cada frase y marque con un aspa (x) en el espacio conveniente en la siguiente escala. De acuerdo I: Indeciso D= 2: En desacuerdo T.D = 3: Totalmente en desacuerdo = 4.

Enunciados	TA	A	I	TD
1. Creo que el ambiente limpio y ordenado proporciona la tranquilidad del paciente terminal				
2. La calidad de vida del paciente que va a morir es menos importante al que si se va a recuperar.				
3. El paciente con enfermedad terminal presenta muchos síntomas difíciles de tratar.				
4. Es necesario realizar la higiene al paciente con enfermedad terminal.				
5. En el paciente con enfermedad terminal es necesario los cambios deposición.				
6. Cuando se atiende al Paciente con enfermedad terminal se siente más responsabilidad para atender sus necesidades físicas.				
7. Es necesario extremar las medidas terapéuticas para extremar la curación del paciente				
8. Es necesario tener criterios útiles para el uso y la administración de fármacos, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad terminal.				
9. Resulta necesario considerar la nutrición del paciente Terminal.				
10. Cada vez que el paciente necesita su tratamiento siento la necesidad de asistirlo.				
11. En los cuidados del paciente en fase terminal la aplicación de enemas y supositorios resulta innecesario.				
12. Resulta innecesario la administración de medicamentos al paciente terminal en fase de agonía.				
13. Es preferible ocultar al paciente que se está muriendo.				
14. Es importante realizar un plan de trabajo para la atención del paciente terminal				
15. Enfermería puede intervenir muy poco en el proceso de morir de un paciente terminal.				
16. El saber que va estar bajo su cuidado un paciente que va a morir le resulta desesperante o estresante.				
17. Es necesario el consentimiento del paciente y/o familia para la administración de seudoanalgesia.				
18. El equipo de salud frente a un paciente con enfermedad terminal demuestra indiferencia				
19. Es molestoso dedicar más tiempo del necesario en la atención del paciente terminal				

20. El paciente Terminal es un enfermo más por eso creo que necesita mi ayuda.				
21. Aunque el cuidado de pacientes en estado terminal resulta muy triste y doloroso, el involucramiento de la enfermera es importante.				
22. Resulta incómodo permanecer al lado del Paciente con enfermedad terminal en fase de agonía.				
24. Siento desesperación cuando me asignan la atención del paciente con enfermedad terminal				
25. Cuando veo casos terminales evito cualquier trato con ellos para evitar involucrarme.				
26. Resulta agradable acercarse al paciente con enfermedad terminal				
27. Es necesario para el paciente con enfermedad terminal recibir apoyo psicológico.				
28. Es necesario dar una atención humanizada cuando el paciente está en etapa de agonía.				
29. La presencia de un guía espiritual es necesario en la etapa de agonía de un paciente.				
30. Las creencias del paciente terminal representan un papel extremadamente importante en sus vidas espirituales.				
31. Resulta innecesario proporcionar asistencia espiritual al Paciente con enfermedad Terminal.				
32. La enfermera debe ayudar en la búsqueda de un apoyo espiritual para el paciente en estado terminal.				
33. Resulta difícil mantener una comunicación con el paciente con enfermedad terminal.				
34. El paciente con enfermedad terminal debe ser escuchado.				
35. La enfermera debe tener comunicación constante, respetuosa o empática con la familia y el paciente en estado terminal.				
37. Es necesario que la familia pregunte por el estado de salud del Paciente con enfermedad Terminal.				
38. Es necesario la presencia de un familiar en el ambiente del paciente con enfermedad terminal				
39. Es necesario tomar en cuenta la opinión del paciente o su familia en la toma de decisiones.				

Apéndice B.

Adaptación transcultural y validación de la versión española de la escala Rotterdam MOVE2PC para enfermeras. parte 2. Cuidados paliativos

Opiniones en cuidados paliativos

Esta parte es sobre su opinión en los cuidados paliativos. A continuación, tiene unas proposiciones, ponga una X en el cuadro que mejor se ajuste a su opinión. Las declaraciones tratan específicamente de los pacientes que se encuentra en la fase terminal de la enfermedad. Así cuando se dice “paciente” se refiere a un paciente en fase terminal con tratamiento paliativo.

Responda valorando de 1 a 5 su opinión siguiendo la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

N°	Declaraciones					
1	El objetivo de los Cuidados Paliativos es únicamente el tratamiento del dolor.					
2	Los Cuidados Paliativos comienzan en las últimas semanas de vida.					
3	Los Cuidados Paliativos pueden estar asociados a un tratamiento agresivo encaminado a prolongar la vida del paciente.					
4	Los Cuidados Paliativos incluyen la atención espiritual.					
5	Los Cuidados Paliativos incluyen el cuidado de los familiares/cuidador principal.					
6	La unidad de agudos es un lugar apropiado para morir.					
7	Preparar algún tipo de cuidado terminal priva al paciente de toda esperanza de recuperación.					
8	Las visitas de los familiares deberían estar permitidas todo el día.					
9	Los pacientes tienen derecho a ser informados de su muertecercana.					
10	Los pacientes con pronóstico de pocos días no deben sertrasladados a casa.					
11	Normalmente, las terapias encaminadas a prolongar la vida en el hospital (como quimioterapia, respiración artificial o sondas nasogástricas), se mantienen demasiado tiempo.					

Preguntas Sobre Generalidades en Cuidados Paliativos

1.- Medicina Paliativa y Cuidados Paliativos son lo mismo.	SI	NO
2.- Los Cuidados Paliativos, ¿Sólo son aplicables a pacientes oncológicos? Rpta. Los Cuidados Paliativos se aplican a pacientes oncológicos y no oncológicos que seencuentren en estadio avanzado.	SI	NO
3.- Los Cuidados Paliativos no se deberían brindar junto con el tratamiento oncológico. Rpta. Los Cuidados Paliativos pueden darse a la par del tratamiento médico.	SI	NO
4.- El objetivo principal de los Cuidados Paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador.	SI	NO
5.- Los Cuidados Paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir.	SI	NO
Rpta. Los Cuidados Paliativos están orientados a brindar una mejor calidad de vida a lospacientes durante el progreso de la enfermedad avanzada.	SI	NO
6.Los Cuidados Paliativos sólo se aplican a población adulta. Rpta. Los Cuidados Paliativos también pueden son aplicados en población pediátrica.	SI	NO
7.- Los cuidados paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad. Rpta. Los Cuidados Paliativos están dirigidos a pacientes con enfermedad en etapa.	SI	NO

Preguntas Clínicas Sobre Sintomatología en Cuidados Paliativos

1.- La enfermedad terminal se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, conexpectativa de vida corta, sin tiempo definido.	SI	NO

2.- Se debe usar morfina para el alivio de la disnea.	SI	NO
3.- La saturación de oxígeno se correlaciona con la intensidad de la disnea.	SI	NO
4.- En fase terminal del cáncer es necesario mayor aporte calórico comparado con las etapasiniciales.	SI	NO
5.- El uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado.	SI	NO
6.- El uso de hidratación intravenosa no alivia la xerostomía (Boca seca)	SI	**NO**
7.- Una de las metas del manejo del dolor es obtener adecuada calidad de sueño.	SI	NO

Preguntas Sobre Farmacología

1.- ¿La morfina se usa de manera segura en pacientes con Insuficiencia Renal?	SI	NO
2.- El tratamiento de primera elección para manejo del delirium es la morfina.	SI	NO
3.- ¿El uso de opioides, influencia en el tiempo de supervivencia?	SI	NO
4.- ¿El uso de opioides por periodos prolongados frecuentemente induce adicción?	SI	NO
5.- Cuando iniciamos tratamiento con opioides, ¿todos los analgésicos no opioides deben serdescontinuados?	SI	NO
6.- La rotación de opioides debe ser considerada cuando es difícil aumentar la dosis deopioides debido a los efectos adversos que se presentan en el paciente.	SI	NO

Anexo #3. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO O ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, soy **Licenciada en Enfermería** y actualmente estudiante de la _____, de la facultad de Ciencias de la Salud del Instituto de Posgrado UNESUM, puede comunicarse a mi número celular**:** _____-, o escribir un email a _____

Me encuentro realizando la investigación titulada **"** _____**"** cuyo objetivo es _____: Dicho estudio se realizará con la finalidad de ***Determinar el rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría de Callista Roy***, estudio que se considera de riesgo mínimo debido a que no se tiene ningún nivel de injerencia en el organismo del participante, tampoco se realiza ningún tipo de procedimiento a nivel clínico.

Su participación es totalmente voluntaria, siéntase en libertad de decidir, sin embargo, usted fue elegido para formar parte en este estudio, porque cumple con los criterios de interés para el desarrollo de esta investigación. Para el desarrollo de esta investigación se requiere recolectar información por medio del diligenciamiento de un cuestionario **que se aplicará los profesionales de enfermería que brinden cuidados directos a enfermos terminales, en el área de emergencia del Hospital de Especialidades, con la finalidad de *Determinar el rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría de Callista Roy,*** por este motivo es de importante contar con su colaboración para la aplicación del cuestionario.

Siéntase con libertad de preguntar lo que no entienda; si lo requiere solicite una copia de este documento. Cuando haya comprendido la información y decida participar voluntariamente, el consentimiento se manejará de manera presencial con las respectivas firmas del participante.

Los datos suministrados serán analizados y los resultados del estudio serán socializados en una reunión (si la condición de la pandemia lo permite) informándole oportunamente el día, la hora y el lugar poder contar con su asistencia a esta actividad.

GARANTÍAS DE SU PARTICIPACIÓN.

La información que usted suministre una vez aplicado el cuestionario, se mantendrá bajo estricta confidencialidad, no se darán a conocer sus datos personales (nombre, dirección, cédula), ni se utilizará su nombre en la investigación.

Para participar en este estudio no deberá asumir ningún costo; ni tampoco se le proporcionará compensación económica por la participación. Como su participación es voluntaria, tiene total libertad para retirarse de este estudio en caso que así lo considere, sin que por ello, tenga algún tipo de represalia o limitación en los servicios y la atención que usted recibe aquí.

Los datos obtenidos se custodiarán por parte del investigador en el periodo comprendido de 7 años como lo estipula el Art. 10 literal a, de la normativa vigente en Ecuador, donde menciona qué: Instalaciones que permitan el trabajo en condiciones de confidencialidad, con un espacio apropiado para la Secretaría del

Comité y para las reuniones, así como para el manejo y archivo de documentos confidenciales, mismo que deberá ser almacenado por un período de siete (7) años, y solo serán utilizados para fines académicos, los resultados serán divulgados en eventos científicos y publicados en revistas científicas únicamente.

La información que se obtenga con la aplicación de los cuestionarios será utilizada únicamente con el fin de validar el programa psicoeducativo y se manejara de forma confidencial. El investigador vinculado a la propuesta, cuyos datos se notan a continuación, estará pendiente a responder cualquier duda antes, durante, y después de concluida la propuesta del programa psicoeducativo.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración para el desarrollo de este estudio.

Al firmar el consentimiento usted acepta a participar de manera voluntaria en el estudio.

Yo _____ he leído la información proporcionada o me ha sido leída y entendido el contenido de este documento, además han sido aclaradas todas mis dudas y sé que puedo retirarme en el momento en que lo desee; por lo que he recibido suficiente información y voluntariamente acepto participar en esta investigación.

Entiendo los riesgos y beneficios, por tanto doy mi consentimiento para participar en el estudio de investigación resumido en este formulario. Entendiendo que, si no acepto, esto no afectará la atención que recibo en esta o en otra institución de salud.

Firma del Participante

Fecha: ……../……/……..

He explicado el estudio al participante arriba presentado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

_____ _____

Firma del investigador Fecha

Tema: Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy

Formato para validación por Expertos

Experto: Lic. Roxana María Chila Reina Mg.
Institución: Universidad Estatal del Sur de Manabí
Grado Académico: Magister: Gestión del Cuidado
Áreas de experiencia profesional: Investigador: S a l u d P ú b l i c a

Contenido	**1**	**2**	**3**	**4**	**Observaciones**
Claridad				X	
Coherencia				X	
Suficiencia				X	
Relevancia				X	
Criterio metodológico				X	
Recomendaciones					

(1) Muy en desacuerdo, (2) Algo en desacuerdo (3) Algo de acuerdo (4) Muy de acuerdo

Roxana Chila Reina

FIRMA DE EXPERTO
Lic. Roxana María Chila Reina Mg.

UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABÍ
Creada mediante Ley Publicada en el registro Oficial 261 del 7 de febrero de 2001
INSTITUTO DE POSGRADO
COORDINACIÓN MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO
Maestria en Gestión del Cuidado

Tema: Estrategia Educativa de cuidados estandarizados de enfermería para pacientes en etapa terminal con cuidados paliativos.

Formato para validación por Expertos

Experto: Lcda. Maria Monserrate Cantos Sánchez Mg
Institución: Universidad Estatal del Sur de Manabí
Grado Académico: Magister: En Gestión Del Cuidado
Áreas de experiencia profesional: Investigador Salud pública

Contenido	**1**	**2**	**3**	**4**	**Observaciones**
Claridad				X	
Coherencia				X	
Suficiencia				X	
Relevancia				X	
Criterio metodológico	X				
Recomendaciones					

(1) Muy en desacuerdo, (2) Algo en desacuerdo (3) Algo de acuerdo (4) Muy de acuerdo

FIRMA DE EXPERTO
Lcda Maria Cantos Sanchez Mg.

Tema: Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy

Formato para validación por Expertos

Experto: Maria Elena Pincay
Institución: Universidad Estatal del Sur de Manabí
Grado Académico: Magister en Salud Pública
Áreas de experiencia profesional: Investigador: Docente de la Carrera de Enfermería, Docente Investigador

Contenido	**1**	**2**	**3**	**4**	**Observaciones**
Claridad				x	
Coherencia				x	
Suficiencia				x	
Relevancia			x		
Criterio metodológico				x	
Recomendaciones					

(1) Muy en desacuerdo, (2) Algo en desacuerdo (3) Algo de acuerdo (4) Muy de acuerdo

FIRMA DE EXPERTO
Lic. María Elena Pincay

Tema: Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy

Formato para validación por Expertos

Experto: Maria Elena Pincay
Institución: Universidad Estatal del Sur de Manabí
Grado Académico: Magister en Salud Pública
Áreas de experiencia profesional: Investigador: Docente de la Carrera de Enfermería, Docente Investigador

Contenido	**1**	**2**	**3**	**4**	**Observaciones**
Claridad				x	
Coherencia				x	
Suficiencia				x	
Relevancia			x		
Criterio metodológico				x	
Recomendaciones					

(1) Muy en desacuerdo, (2) Algo en desacuerdo (3) Algo de acuerdo (4) Muy de acuerdo

FIRMA DE EXPERTO
Lic. Maria Elena Pincay

Tema: Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Callista Roy

Formato para validación por Expertos

Experto: Silvia Paola Castro
Institución: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (Extensión Chone)
Grado Académico: Magister en Salud Pública
Áreas de experiencia profesional: Investigador: Docente de la Carrera de Enfermería, Docente Investigador

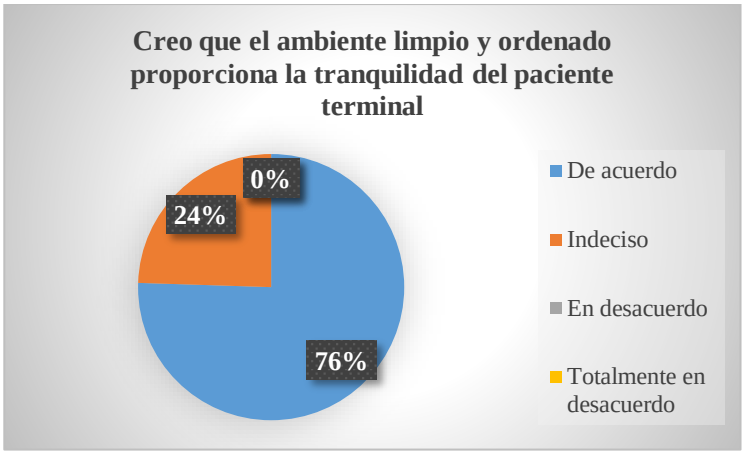
Contenido	**1**	**2**	**3**	**4**	**Observaciones**
Claridad				x	
Coherencia				x	
Suficiencia			x		
Relevancia			x		
Criterio metodológico				x	
Recomendaciones					

(1) Muy en desacuerdo, (2) Algo en desacuerdo (3) Algo de acuerdo (4) Muy de acuerdo

FIRMA DE EXPERTO
Lic. Silvia Paola Castro

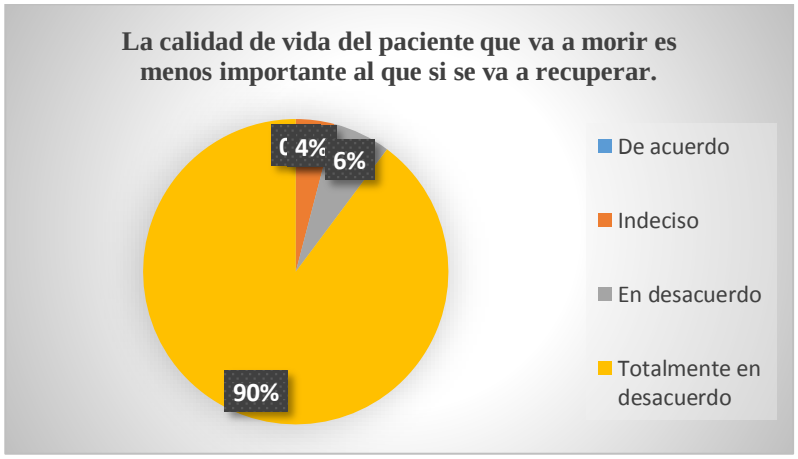
Anexo 5. Tablas y gráficos de los resultados

1. **Creo que el ambiente limpio y ordenado proporciona la tranquilidad del paciente terminal**



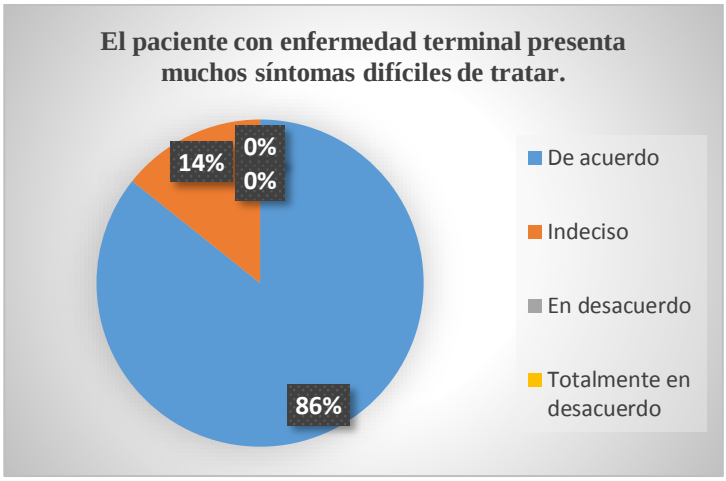
De acuerdo	37	76%
Indeciso	12	24%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

2. **La calidad de vida del paciente que va a morir es menos importante al que si se va a recuperar.**



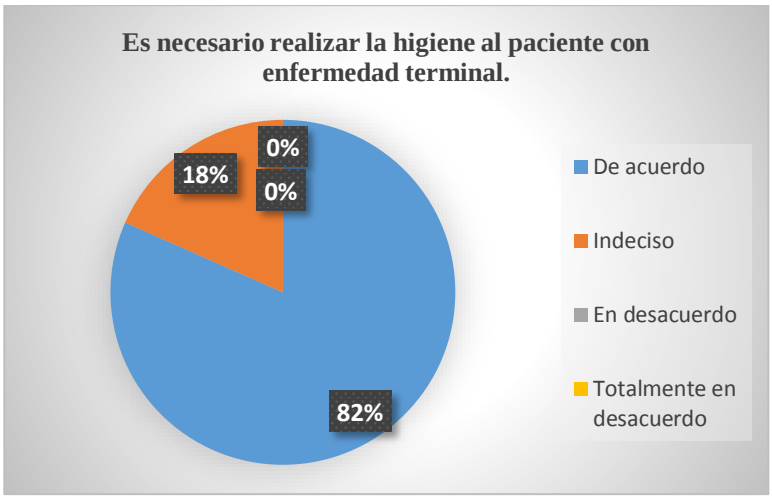
De acuerdo	0	0%
Indeciso	2	4%
En desacuerdo	3	6%
Totalmente en desacuerdo	44	90%

3. **El paciente con enfermedad terminal presenta muchos síntomas difíciles de tratar.**



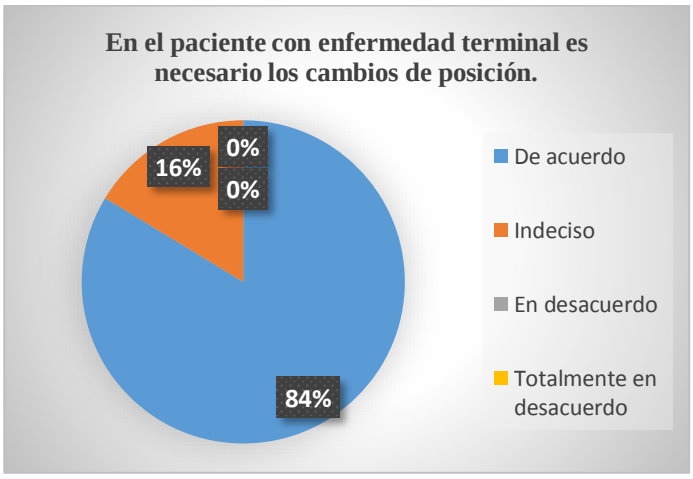
De acuerdo	42	86%
Indeciso	7	14%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

4. **Es necesario realizar la higiene al paciente con enfermedad terminal.**



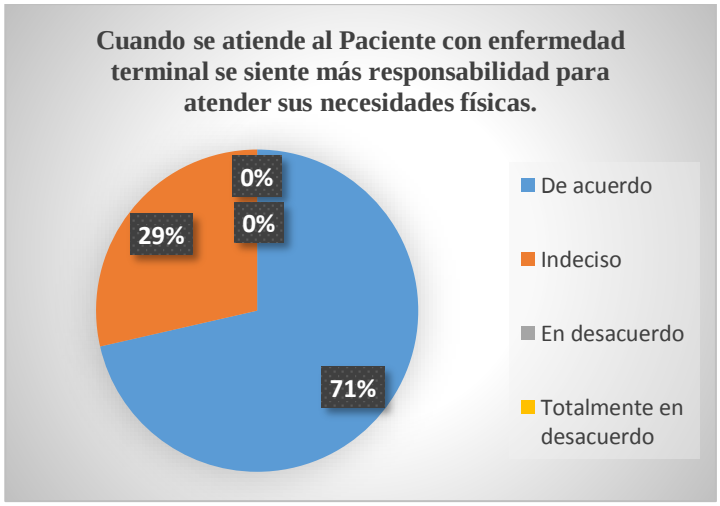
De acuerdo	40	82%
Indeciso	9	18%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

5. **En el paciente con enfermedad terminal es necesario los cambios deposición.**



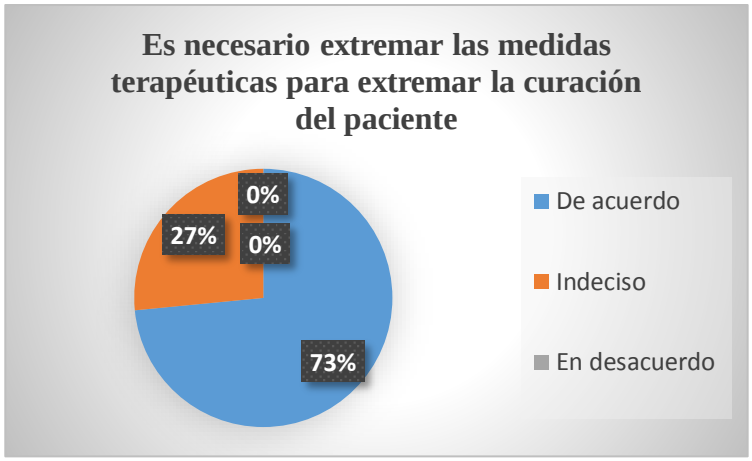
De acuerdo	41	84%
Indeciso	8	16%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

6. **Cuando se atiende al Paciente con enfermedad terminal se siente más responsabilidad para atender sus necesidades físicas.**



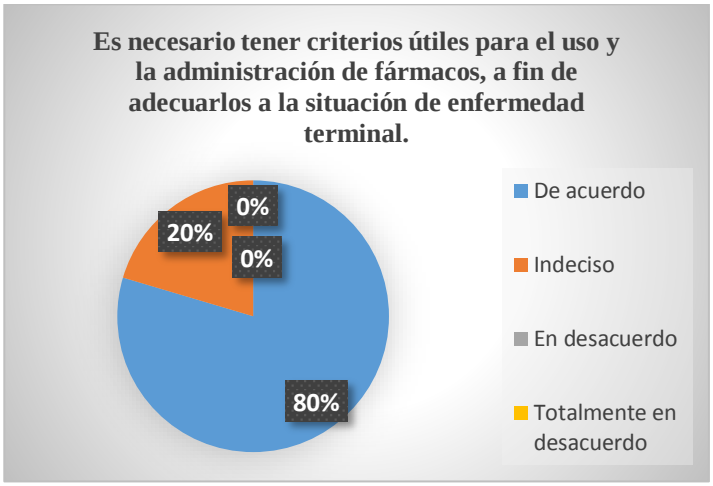
De acuerdo	35	71%
Indeciso	14	29%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

7. **Es necesario extremar las medidas terapéuticas para extremar la curación delpaciente**



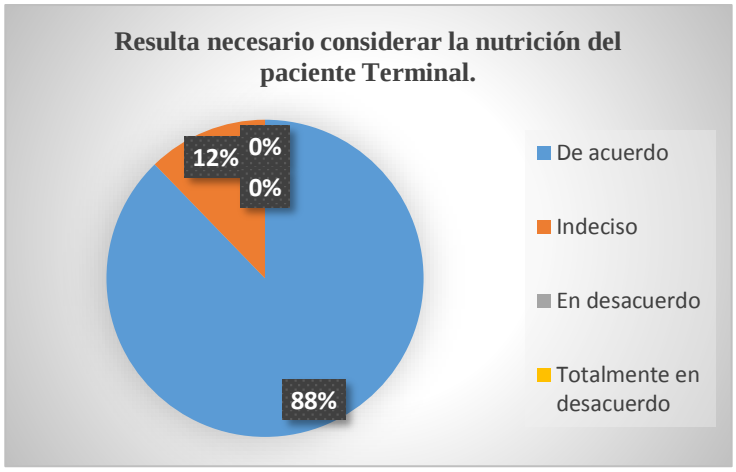
De acuerdo	36	73%
Indeciso	13	27%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

8. Es necesario tener criterios útiles para el uso y la administración de fármacos, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad terminal.



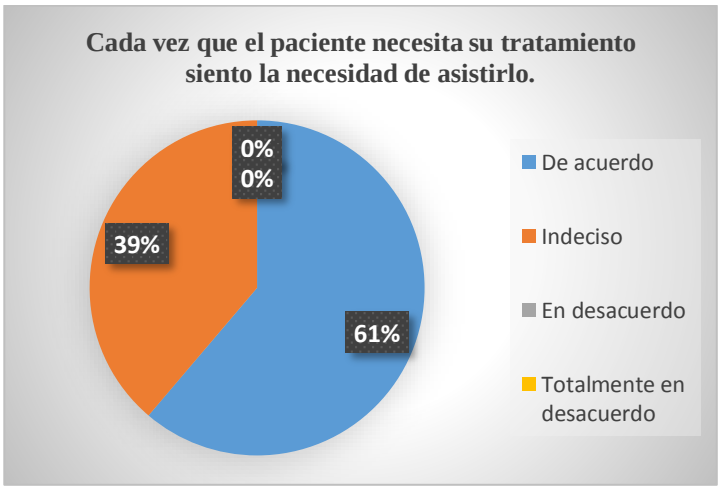
De acuerdo	39	80%
Indeciso	10	20%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

9. Resulta necesario considerar la nutrición del paciente Terminal.



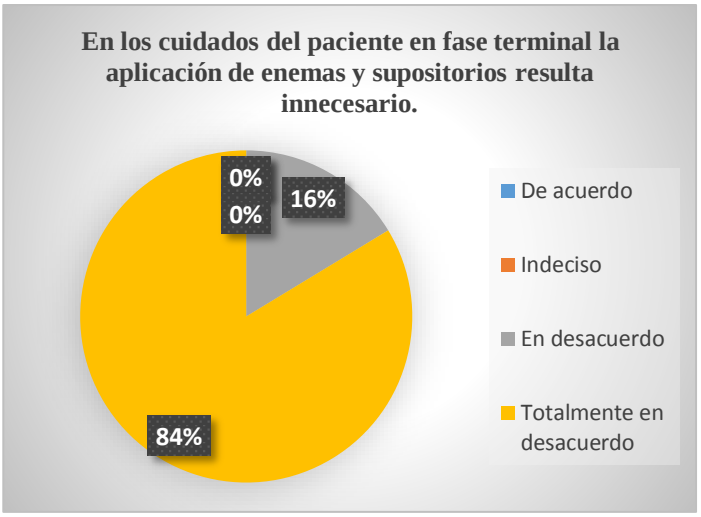
De acuerdo	43	88%
Indeciso	6	12%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

10. Cada vez que el paciente necesita su tratamiento siento la necesidad deasistirlo.



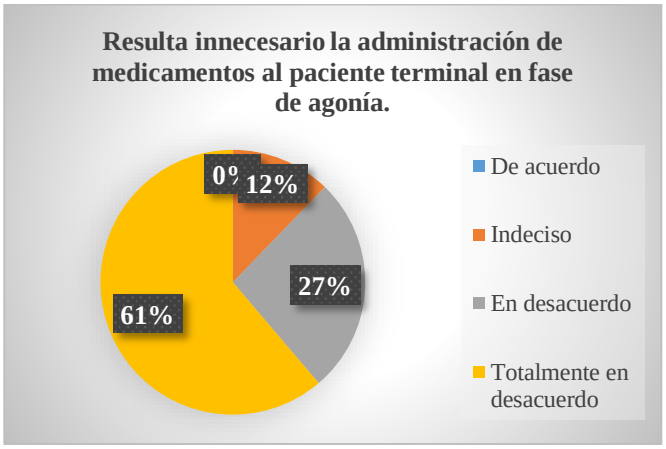
De acuerdo	30	61%
Indeciso	19	39%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

11. En los cuidados del paciente en fase terminal la aplicación de enemas ysupositorios resulta innecesario.



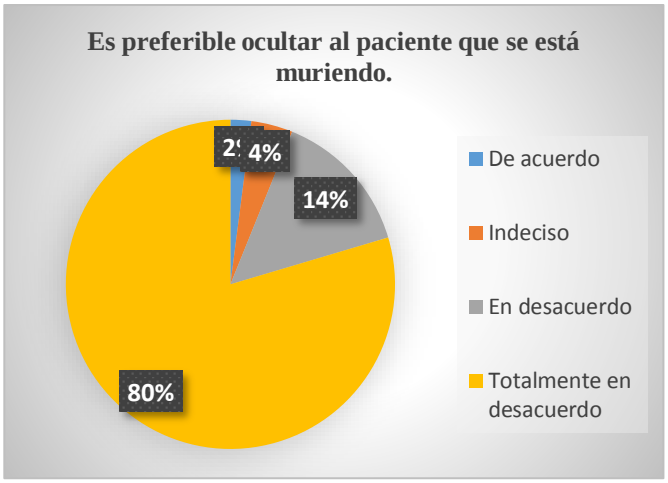
De acuerdo	0	0%
Indeciso	0	0%
En desacuerdo	8	16%
Totalmente en desacuerdo	41	84%

12. Resulta innecesario la administración de medicamentos al paciente terminalen fase de agonía.



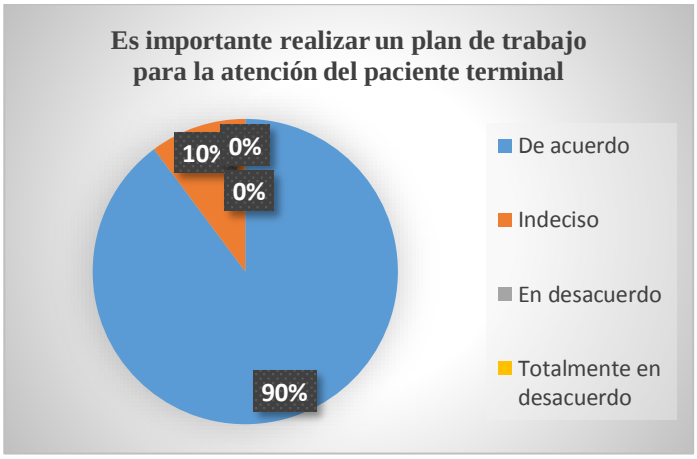
De acuerdo	0	0%
Indeciso	6	12%
En desacuerdo	13	27%
Totalmente en desacuerdo	30	61%

13. Es preferible ocultar al paciente que se está muriendo.



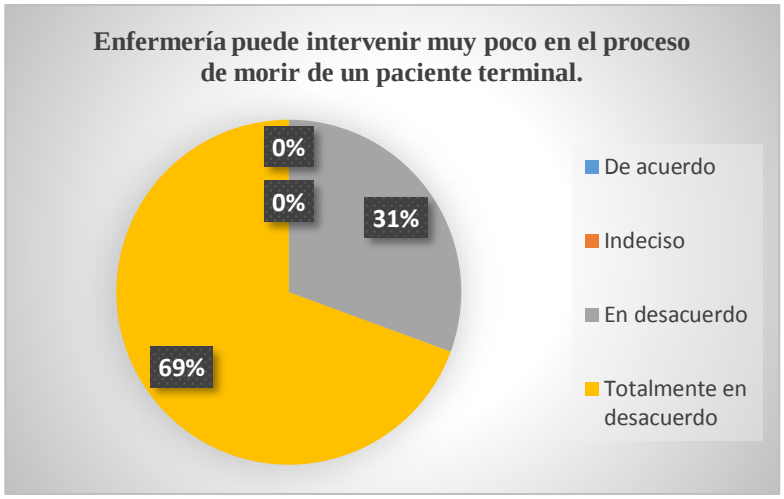
De acuerdo	1	2%
Indeciso	2	4%
En desacuerdo	7	14%
Totalmente en desacuerdo	39	80%

14. Es importante realizar un plan de trabajo para la atención del paciente terminal



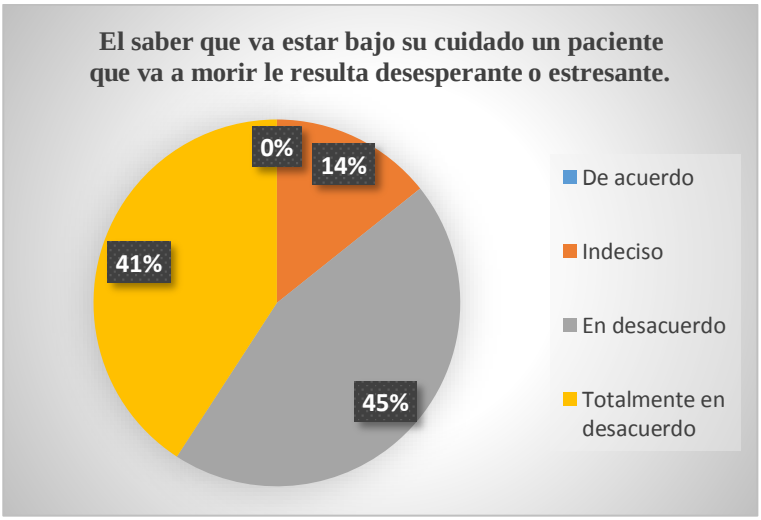
De acuerdo	44	90%
Indeciso	5	10%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

15. Enfermería puede intervenir muy poco en el proceso de morir de un paciente terminal.



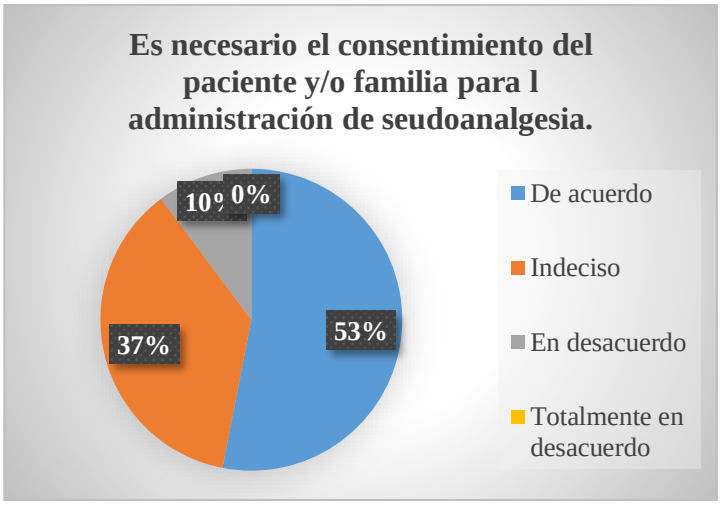
De acuerdo	0	0%
Indeciso	0	0%
En desacuerdo	15	31%
Totalmente en desacuerdo	34	69%

16. El saber que va estar bajo su cuidado un paciente que va a morir le resulta desesperante o estresante.



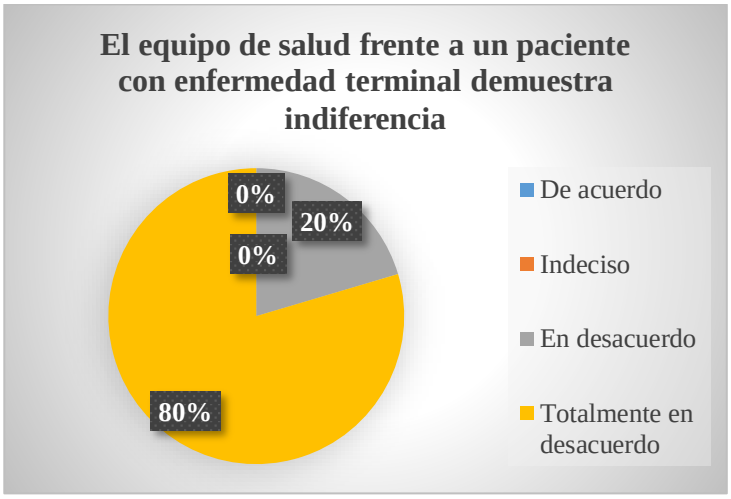
De acuerdo	0	0%
Indeciso	7	14%
En desacuerdo	22	45%
Totalmente en desacuerdo	20	41%

17. Es necesario el consentimiento del paciente y/o familia para l administración de seudoanalgesia.



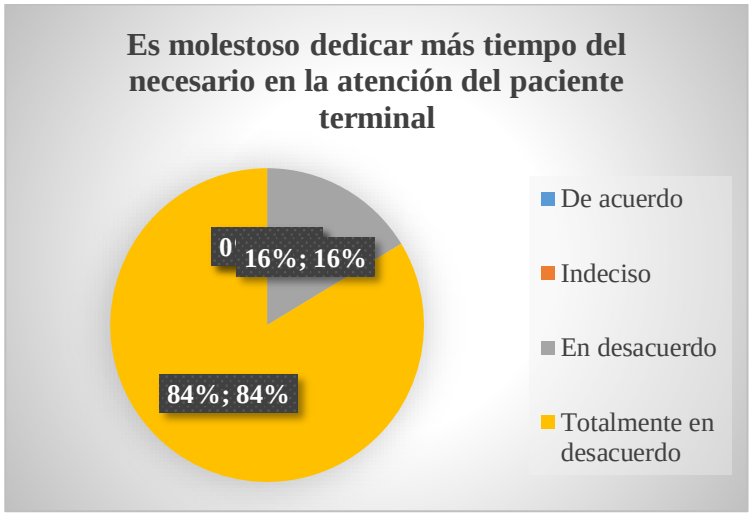
De acuerdo	26	53%
Indeciso	18	37%
En desacuerdo	5	10%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

18. El equipo de salud frente a un paciente con enfermedad terminal demuestra indiferencia



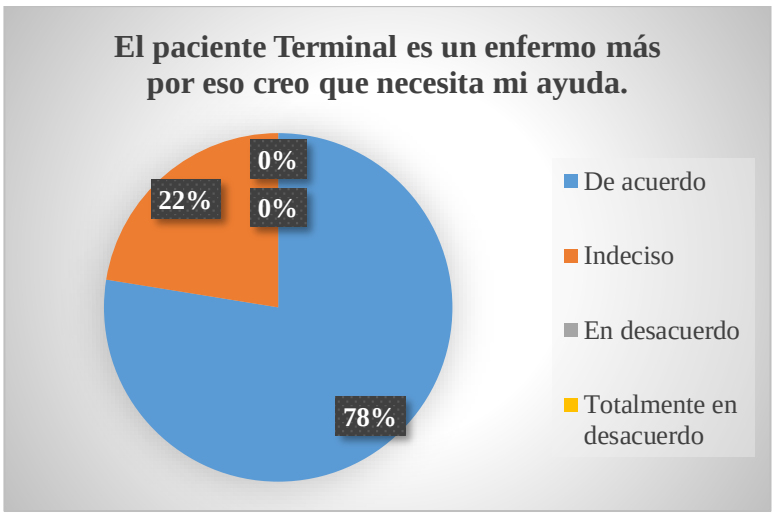
De acuerdo	0	0%
Indeciso	0	0%
En desacuerdo	10	20%
Totalmente en desacuerdo	39	80%

19. Es molestoso dedicar más tiempo del necesario en la atención del paciente terminal



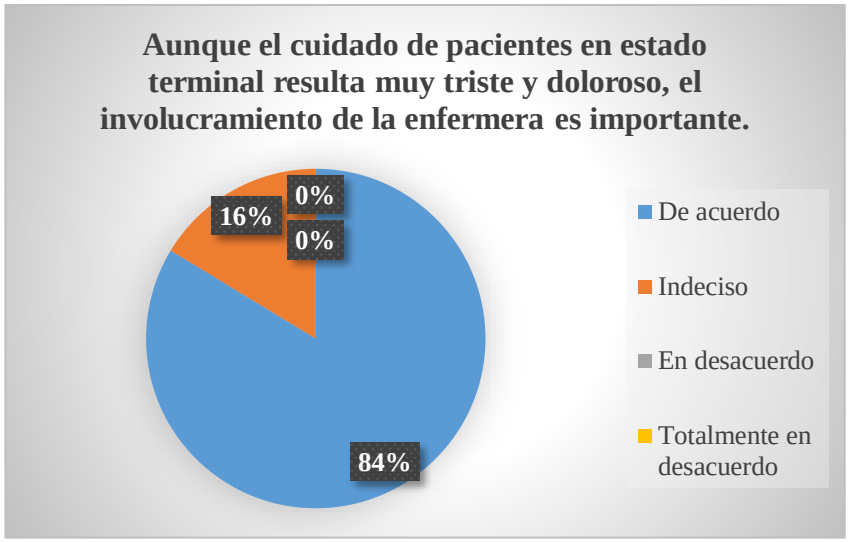
De acuerdo	0	0%
Indeciso	0	0%
En desacuerdo	8	16%
Totalmente en desacuerdo	41	84%

20. El paciente Terminal es un enfermo más por eso creo que necesita mi ayuda.



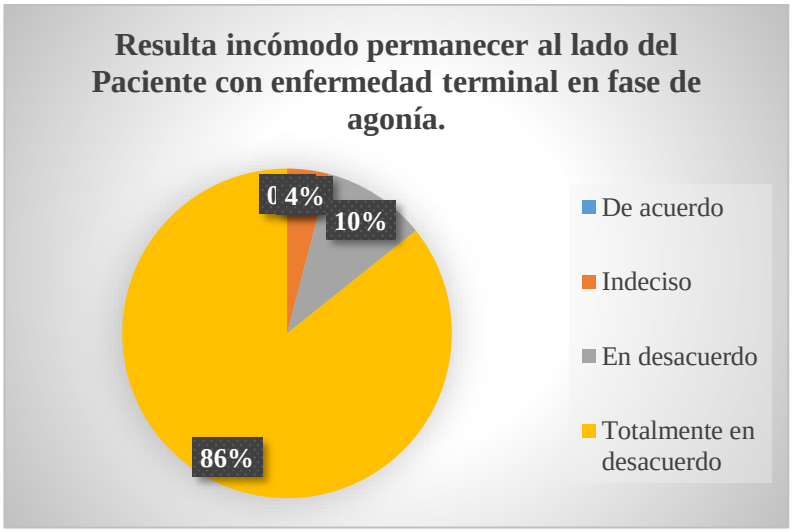
De acuerdo	38	78%
Indeciso	11	22%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

21. Aunque el cuidado de pacientes en estado terminal resulta muy triste y doloroso, el involucramiento de la enfermera es importante.



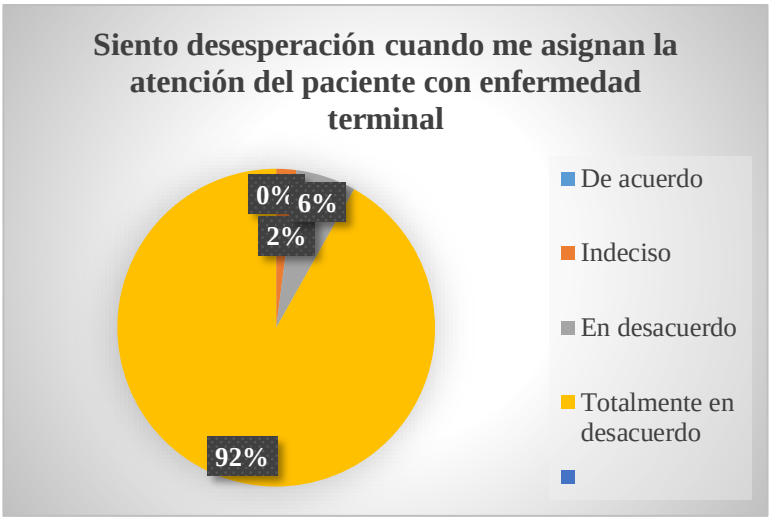
De acuerdo	41	84%
Indeciso	8	16%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

22. Resulta incómodo permanecer al lado del Paciente con enfermedad terminal en fase de agonía.



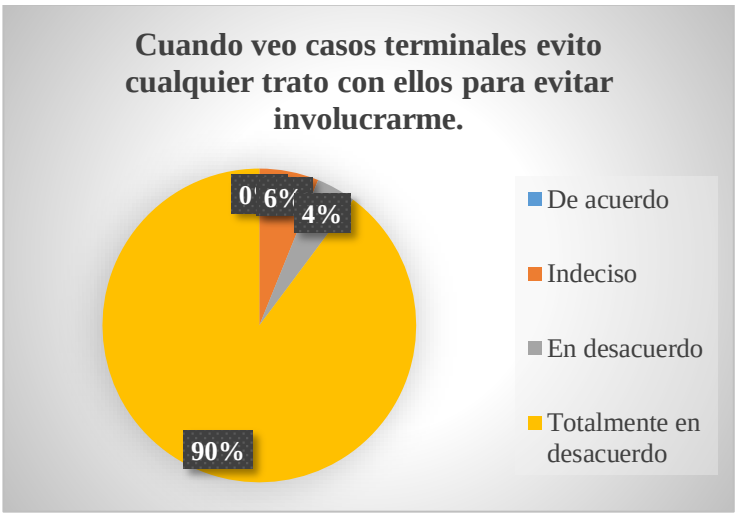
De acuerdo	0	0%
Indeciso	2	4%
En desacuerdo	5	10%
Totalmente en desacuerdo	42	86%

23. Siento desesperación cuando me asignan la atención del paciente con enfermedad terminal



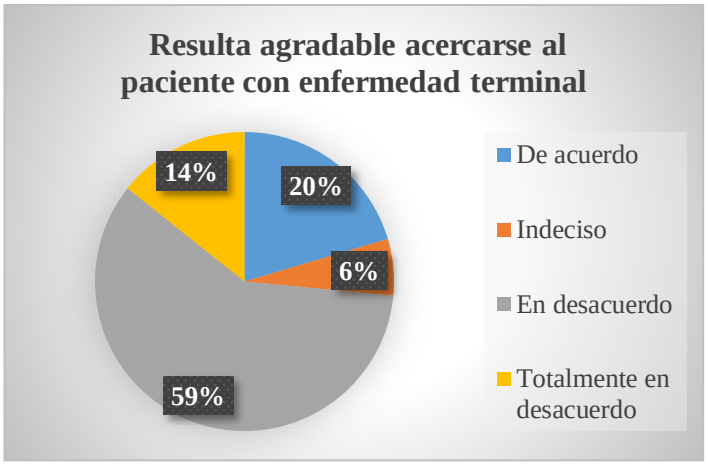
De acuerdo	0	0%
Indeciso	1	2%
En desacuerdo	3	6%
Totalmente en desacuerdo	45	92%

24. Cuando veo casos terminales evito cualquier trato con ellos para evitar involucrarme.



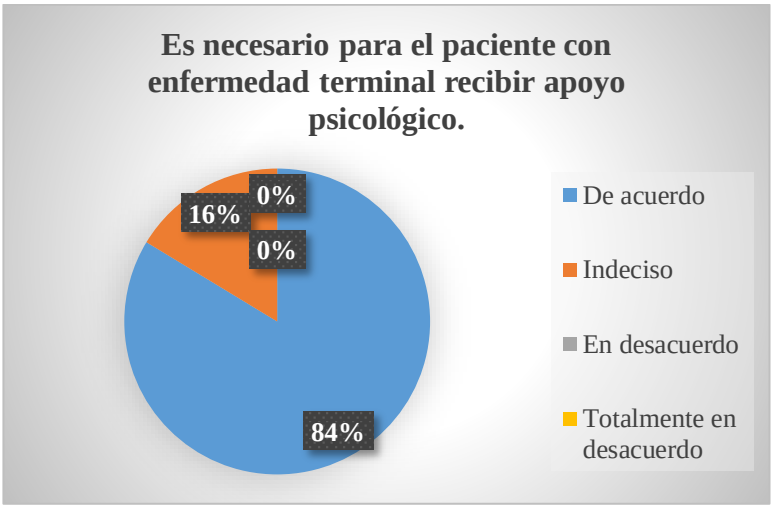
De acuerdo	0	0%
Indeciso	3	6%
En desacuerdo	2	4%
Totalmente en desacuerdo	44	90%

25. Resulta agradable acercarse al paciente con enfermedad terminal



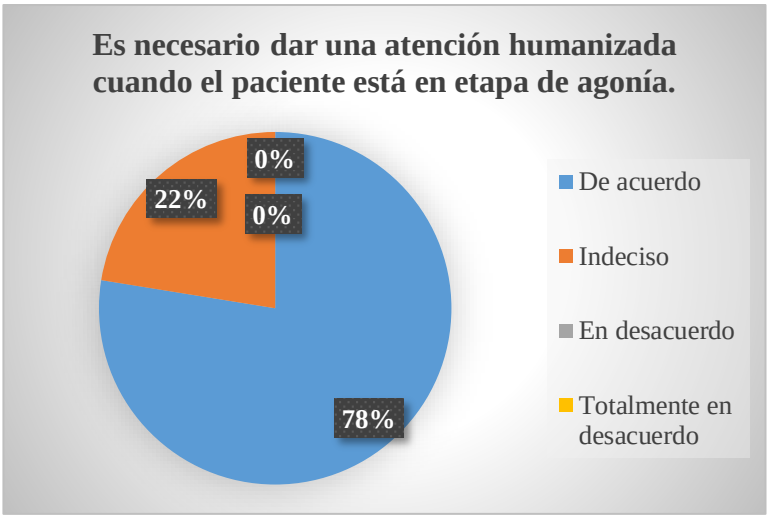
De acuerdo	10	20%
Indeciso	3	6%
En desacuerdo	29	59%
Totalmente en desacuerdo	7	14%

26. Es necesario para el paciente con enfermedad terminal recibir apoyo psicológico.



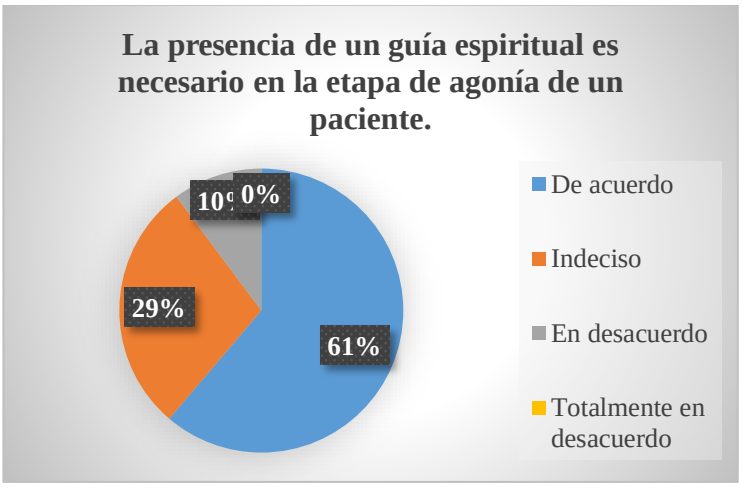
De acuerdo	41	84%
Indeciso	8	16%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

27. Es necesario dar una atención humanizada cuando el paciente está en etapa de agonía.



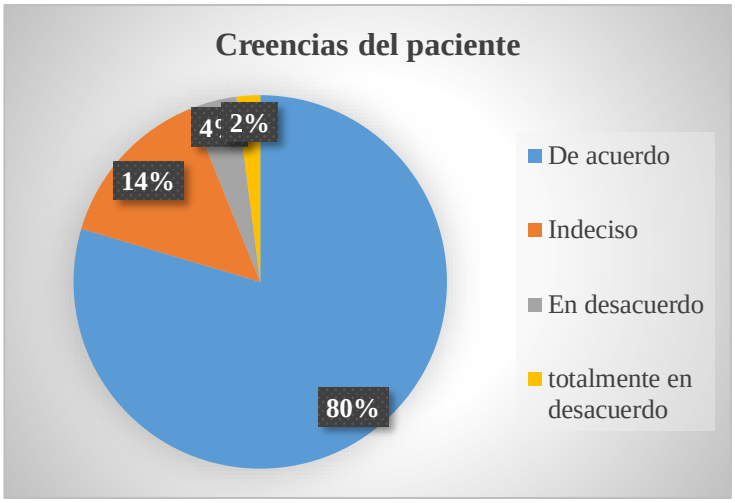
De acuerdo	38	78%
Indeciso	11	22%
En desacuerdo	0	0%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

28. La presencia de un guía espiritual es necesario en la etapa de agonía de un paciente.



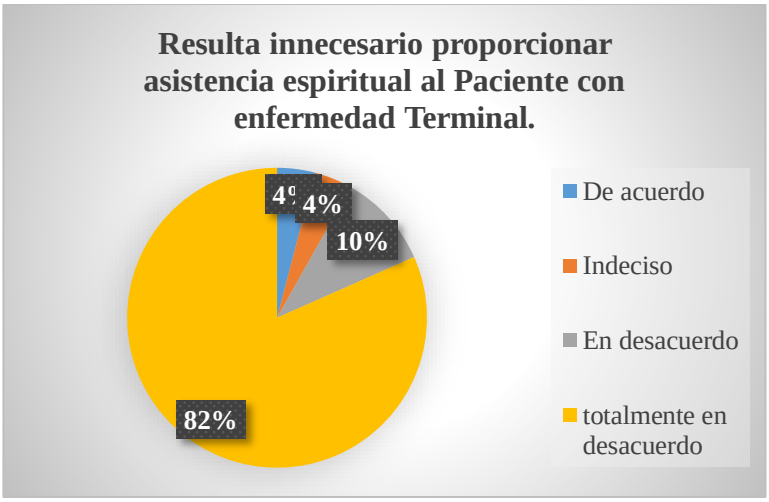
De acuerdo	30	61%
Indeciso	14	29%
En desacuerdo	5	10%
Totalmente en desacuerdo	0	0%

29. Las creencias del paciente terminal representan un papel extremadamente importante en sus vidas espirituales.



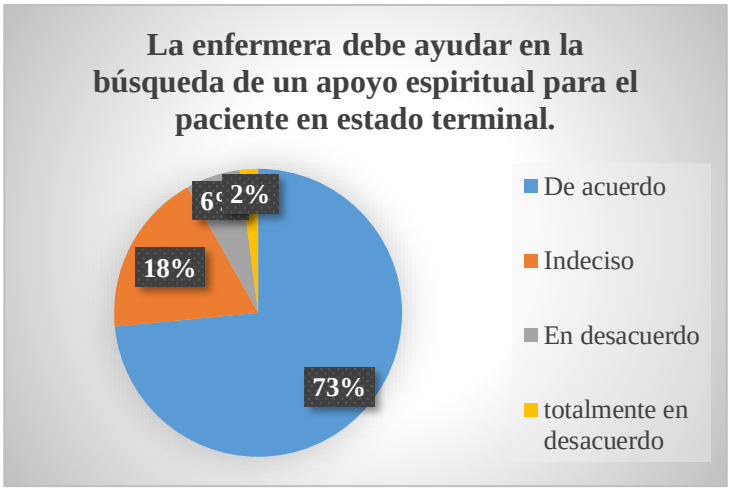
De acuerdo	39	80%
Indeciso	7	14%
En desacuerdo	2	4%
totalmente en desacuerdo	1	2%

30. Resulta innecesario proporcionar asistencia espiritual al Paciente con enfermedad Terminal.



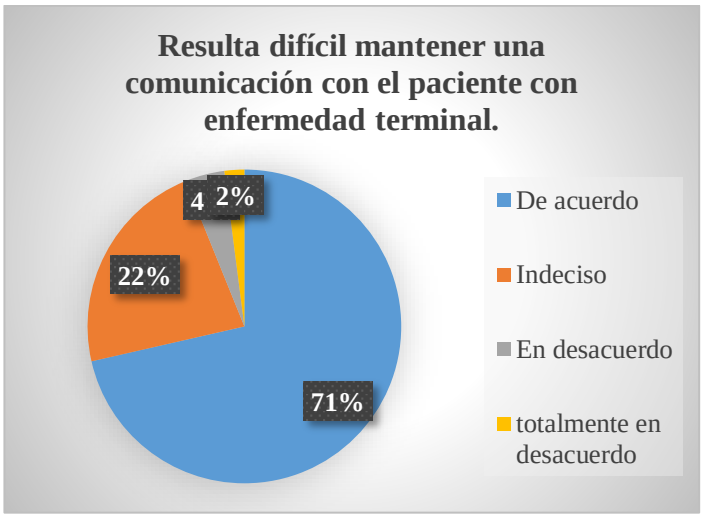
De acuerdo	2	4%
Indeciso	2	4%
En desacuerdo	5	10%
totalmente en desacuerdo	40	82%

31. La enfermera debe ayudar en la búsqueda de un apoyo espiritual para el paciente en estado terminal.



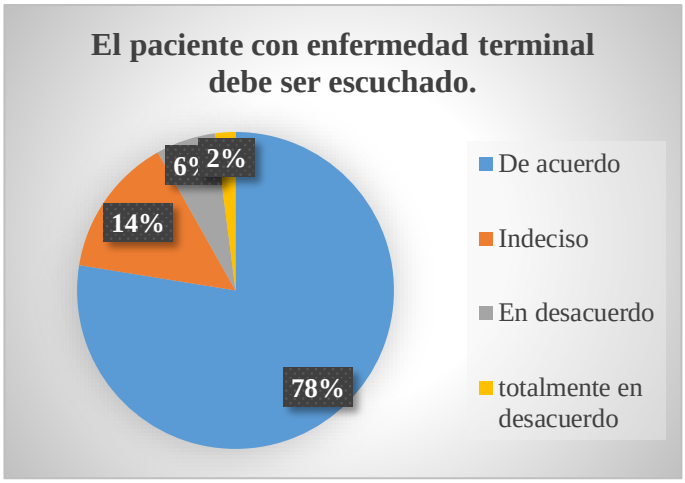
De acuerdo	36	73%
Indeciso	9	18%
En desacuerdo	3	6%
totalmente en desacuerdo	1	2%

32. Resulta difícil mantener una comunicación con el paciente con enfermedad terminal.



De acuerdo	35	71%
Indeciso	11	22%
En desacuerdo	2	4%
totalmente en desacuerdo	1	2%

33. El paciente con enfermedad terminal debe ser escuchado.

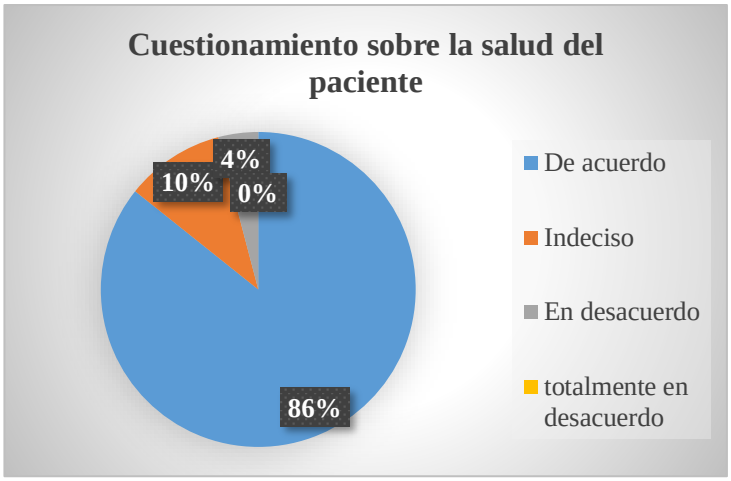


De acuerdo	38	78%
Indeciso	7	14%
En desacuerdo	3	6%
totalmente en desacuerdo	1	2%

34. La enfermera debe tener comunicación constante, respetuosa o empático con la familia y el paciente en estado terminal.

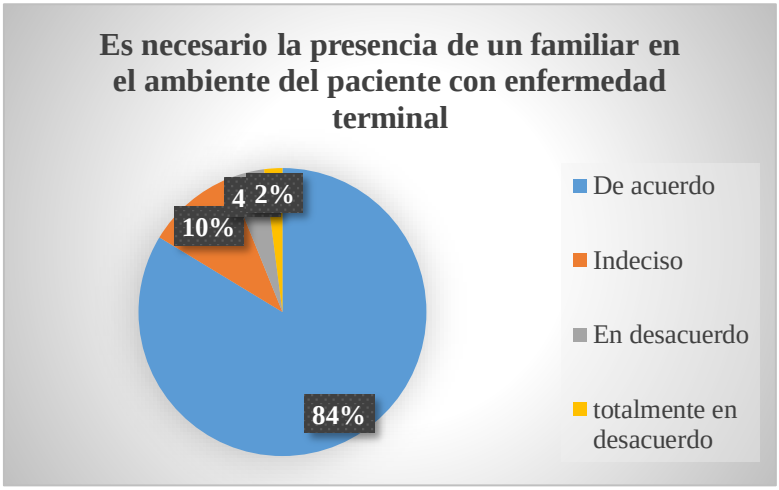
De acuerdo	42	86%
Indeciso	6	12%
En desacuerdo	1	2%
totalmente en desacuerdo	0	0%

35. Es necesario que la familia pregunte por el estado de salud del Paciente con enfermedad Terminal



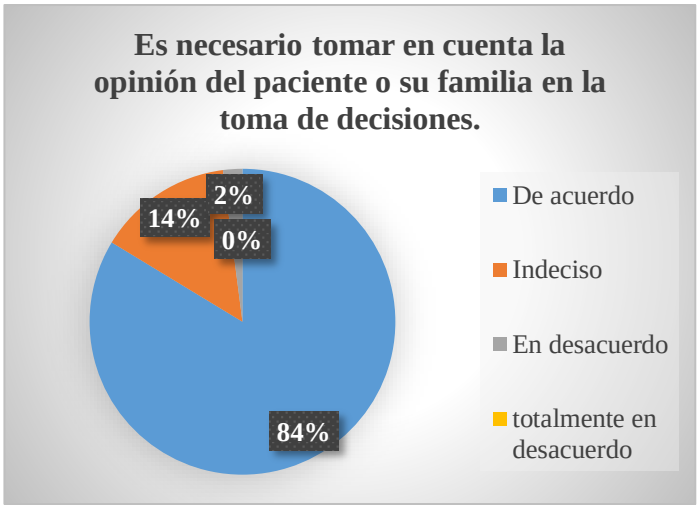
De acuerdo	42	86%
Indeciso	5	10%
En desacuerdo	2	4%
totalmente en desacuerdo	0	0%

36. Es necesario la presencia de un familiar en el ambiente del paciente con enfermedad terminal



De acuerdo	41	84%
Indeciso	5	10%
En desacuerdo	2	4%
totalmente en desacuerdo	1	2%

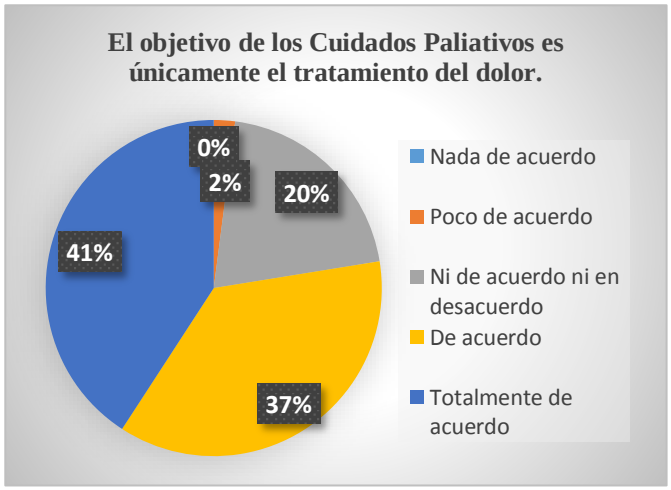
37. Es necesario tomar en cuenta la opinión del paciente o su familia en la toma de decisiones.



De acuerdo	41	84%
Indeciso	7	14%
En desacuerdo	1	2%
totalmente en desacuerdo	0	0%

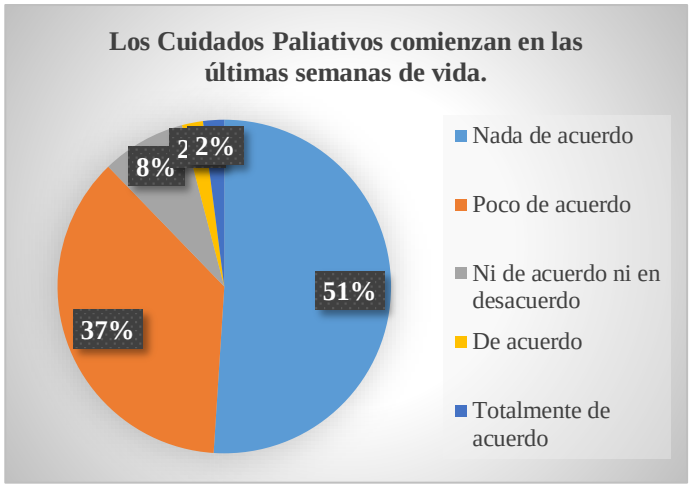
Segunda Estructura

1. El objetivo de los Cuidados Paliativos es únicamente el tratamiento del dolor.



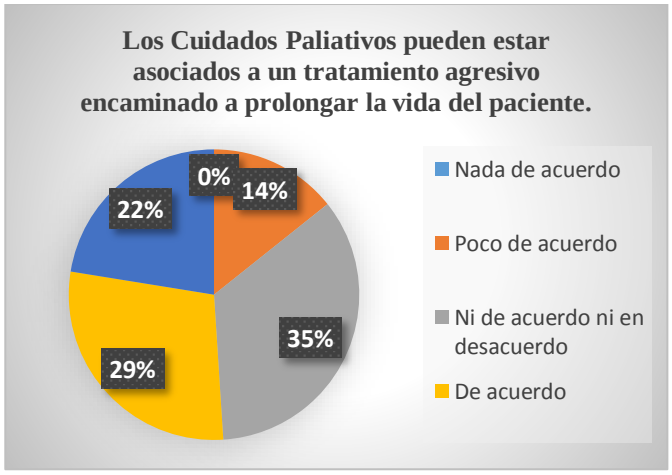
Nada de acuerdo	0	0%
Poco de acuerdo	1	2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	20%
De acuerdo	18	37%
Totalmente de acuerdo	20	41%

2. Los Cuidados Paliativos comienzan en las últimas semanas de vida.



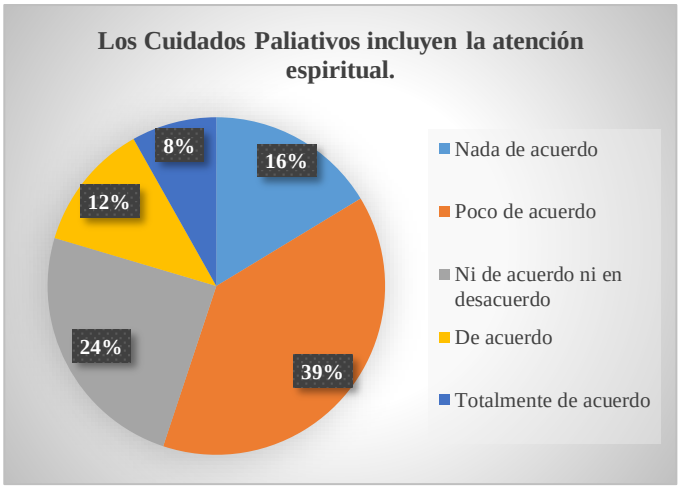
Nada de acuerdo	25	51%
Poco de acuerdo	18	37%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	8%
De acuerdo	1	2%
Totalmente de acuerdo	1	2%

Los Cuidados Paliativos pueden estar asociados a un tratamiento agresivo encaminado a prolongar la vida del paciente.



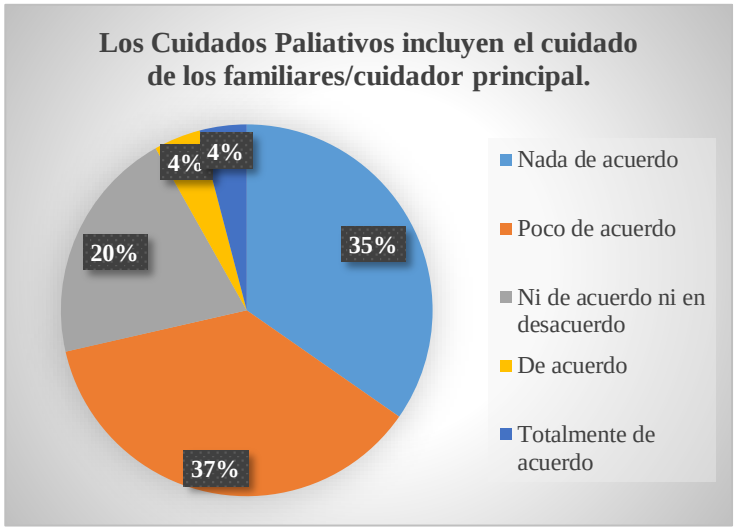
Nada de acuerdo	0	0%
Poco de acuerdo	7	14%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17	35%
De acuerdo	14	29%
Totalmente de acuerdo	11	22%

3. Los Cuidados Paliativos incluyen la atención espiritual.



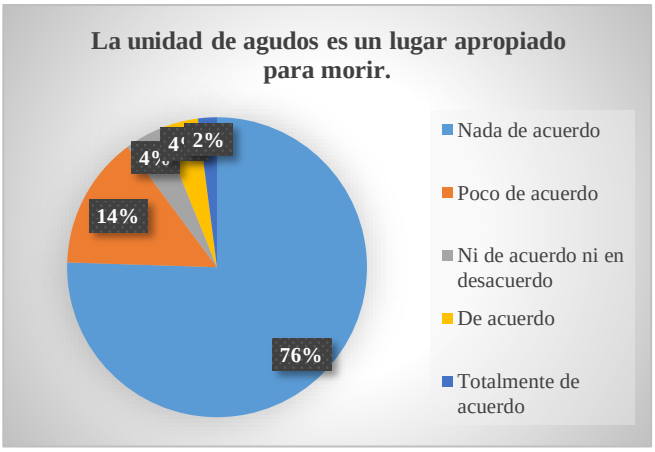
Nada de acuerdo	8	16%
Poco de acuerdo	19	39%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12	24%
De acuerdo	6	12%
Totalmente de acuerdo	4	8%

4. Los Cuidados Paliativos incluyen el cuidado de losfamiliares/cuidador principal.



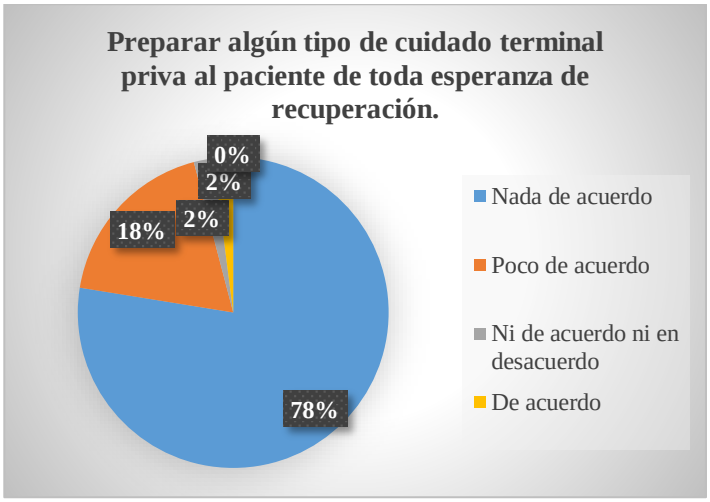
Nada de acuerdo	17	35%
Poco de acuerdo	18	37%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	20%
De acuerdo	2	4%
Totalmente de acuerdo	2	4%

5. La unidad de agudos es un lugar apropiado para morir.



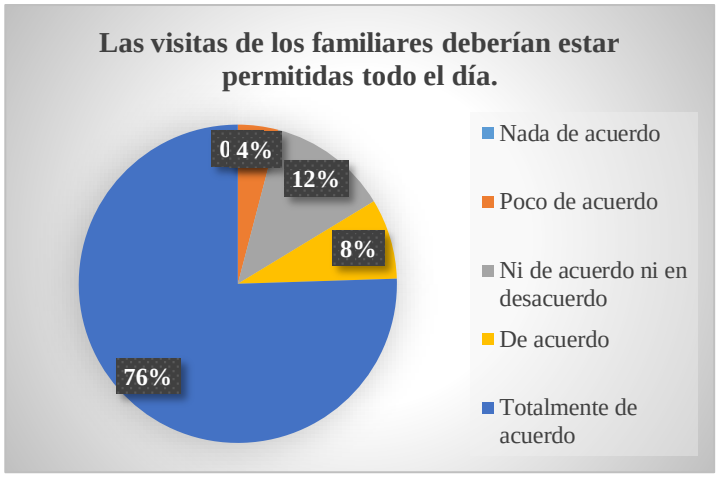
Nada de acuerdo	37	76%
Poco de acuerdo	7	14%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	4%
De acuerdo	2	4%
Totalmente de acuerdo	1	2%

Preparar algún tipo de cuidado terminal priva al paciente de toda esperanza de recuperación.



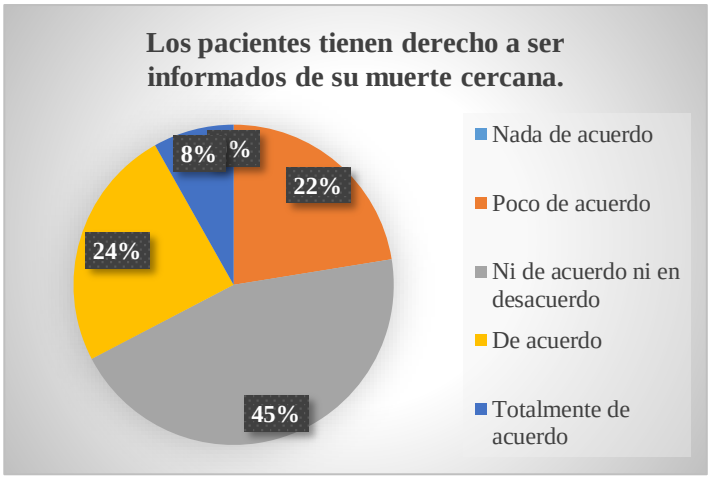
Nada de acuerdo	38	78%
Poco de acuerdo	9	18%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	2%
De acuerdo	1	2%
Totalmente de acuerdo	0	0%

6. Las visitas de los familiares deberían estar permitidas todo el día.



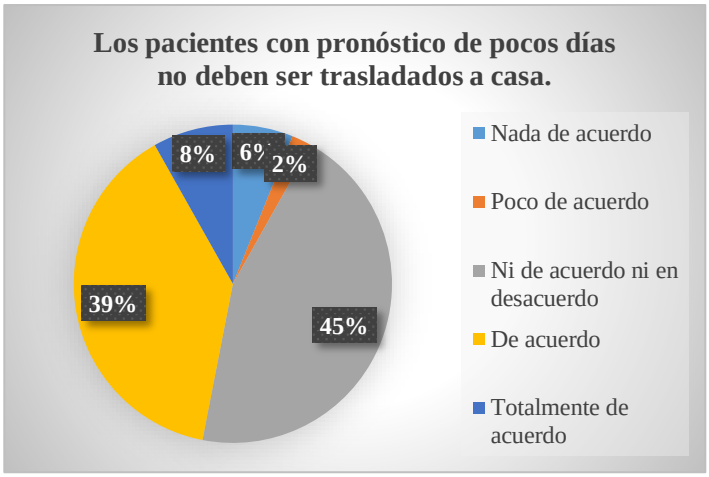
Nada de acuerdo	0	0%
Poco de acuerdo	2	4%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	12%
De acuerdo	4	8%
Totalmente de acuerdo	37	76%

7. Los pacientes tienen derecho a ser informados de su muerte cercana.



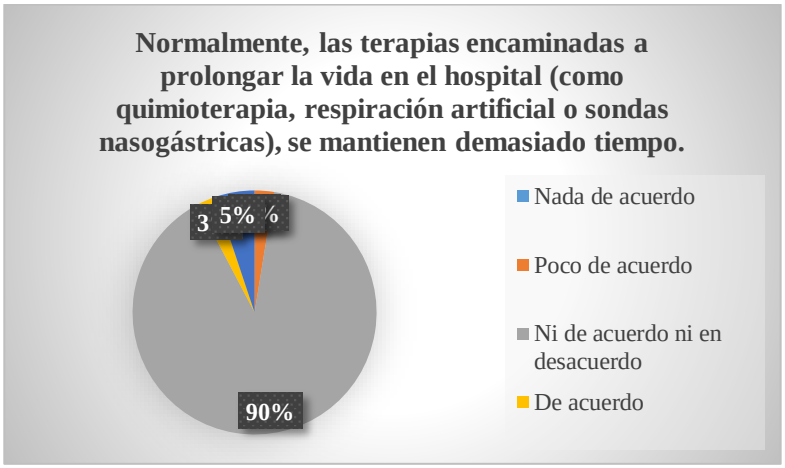
Nada de acuerdo	0	0%
Poco de acuerdo	11	22%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	45%
De acuerdo	12	24%
Totalmente de acuerdo	4	8%

8. Los pacientes con pronóstico de pocos días no deben ser trasladados a casa.



Nada de acuerdo	3	6%
Poco de acuerdo	1	2%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	45%
De acuerdo	19	39%
Totalmente de acuerdo	4	8%

9. Normalmente, las terapias encaminadas a prolongar la vida en el hospital (como quimioterapia, respiración artificial o sondas nasogástricas), se mantienen demasiado tiempo.



Nada de acuerdo	0	0%
Poco de acuerdo	1	3%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	35	90%
De acuerdo	1	3%
Totalmente de acuerdo	2	4%

CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Tesis final

4%
Textos sospechosos

3% Similitudes
< 1% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
< 1% Idiomas no reconocidos
0% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: Tesis final.docx
ID del documento: 3834d4 cf4d186a75d2b45f8781ad72fff3f8629a
Tamaño del documento original: 1,9 MB

Depositante: Bravo Delia Bravo
Fecha de depósito: 1/7/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 1/7/2024

Número de palabras: 33.949
Número de caracteres: 228.286

Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.deustosalud.com | Enfermedades terminales: Ejemplos y cuidados | Deusto... https://www.deustosalud.com/blog/salud/enfermedades-terminales-ejemplos-cuidados	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (53 palabras)
2	Documento de otro usuario #cbd5d0 El documento proviene de otro grupo 7 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (55 palabras)
3	www.gob.ec https://www.gob.ec/sites/default/files/2020-09/POL AP_.001 Política para el tratamiento de datos per...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (53 palabras)

UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABÍ

Creada el 7 de Febrero del año 2001, según Registro Oficial No. 261
ÓRGANO COLEGIADO ACADÉMICO SUPERIOR

ANEXO 1

FORMULARIO DE:

AUTORIZACIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL UNESUM

El/La que suscribe, Lcda. Leyther Beatriz Rodríguez Reyes en calidad de autor/a del siguiente trabajo escrito titulado Rol de enfermería y cuidados paliativos en etapa terminal, según la teoría humanista de Calixta Roy, otorga a la Universidad Estatal del Sur de Manabí, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción y distribución pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Estatal de Sur de Manabí
Se autoriza a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Estatal del Sur de Manabí.

El autor como titular de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que él asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.
Aceptando esta autorización, se cede a la Universidad Estatal del Sur de Manabí el derecho exclusivo de archivar y publicar para ser consultado y citado por terceros, la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se le haga para obtener beneficio económico.

Jipijapa, 11 de Julio de 2024

Firma
.....

Leyther Beatriz Rodríguez Reyes

C.C 130565604.1