



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

Escuela de Enfermería

Licenciatura en Enfermería

Curso: Taller de producción de trabajo final

Conocimientos sobre Cuidados Paliativos de los enfermeros del Hospital Español de Mendoza.

Autoras: Vedia, Luciana del Valle

Tolosa Contreras, Albana Nahir

Mendoza, noviembre del 2022

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acta de Aprobación

Incluirá una preforma a utilizar por el tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el :...../...../.....

Agradecimientos y/o dedicatoria

A nuestra familia, quienes nos brindaron su apoyo incondicional y nos acompañaron durante toda nuestra carrera. Al equipo de docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, que nos regalaron toda su sabiduría a lo largo de nuestro proceso de formación, en especial a nuestro profesor de Taller Final, Lic. Jorge Michel, quien nos acompañó y apoyó para poder lograr el objetivo de este estudio.

También se agradece al personal de enfermería del Pab 8B del Hospital Español y a su jefe de servicio Lic. Omar Vera por su predisposición, ya que, sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

Prefacio

Como enfermeros estamos acostumbrados a pensar en el paciente recuperable, lo cual hace que el tener un paciente con fase terminal produzca un impacto emocional y el sentirse insuficiente al no poder brindar la ayuda necesaria.

La finalidad de esta investigación consiste en determinar el conocimiento sobre cuidados paliativos de enfermería, mediante datos e información brindada por el personal del Hospital Español de Mendoza.

Índice General

Acta de Aprobación	iii
Agradecimientos y/o dedicatoria	iv
Prefacio	v
Resumen	ix
CAPÍTULO I Planteo del problema.....	1
Introducción	2
Descripción del Problema.....	3
Planteo del problema.....	5
MARCO TEÓRICO	6
APARTADO I	6
Introducción a Cuidados Paliativos	6
Definición de Cuidados Paliativos	7
Seguimiento e Historia	8
Relación de Cuidados Paliativos y los Derechos Humanos	13
APARTADO II	15
Cuidados Paliativos.....	15
Identificación del paciente	16
Criterios y niveles de atención	20
Evaluación multidimensional: Instrumentos	22
APARTADO III	29
Enfermería en Cuidados Paliativos	29
Comunicación: una herramienta terapéutica	31

Abordaje al paciente	32
Dolor	33
Abordaje a la familia	37
CAPÍTULO II	39
Diseño Metodológico.....	39
DISEÑO METODOLÓGICO	40
VARIABLES.....	41
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	42
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
RESPUESTAS.....	47
CAPÍTULO III Resultado, discusión y propuestas	73
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	74
PROPUESTA.....	81
APÉNDICE Y ANEXOS.....	82
ENCUESTA	83
TABLA MATRIZ	91
Referencias Tabla Matriz	92
BIBLIOGRAFÍA.....	96

Índice de tablas y gráficos

Tabla 1	47
Tabla 2	48
Tabla 3	49
Tabla 4	50
Tabla 5	51
Tabla 6	52
Tabla 7	53
Tabla 8	54
Tabla 9	55
Tabla 10	56
Tabla 11	57
Tabla 12	58
Tabla 13	59
Tabla 14	60
Tabla 15	61
Tabla 16	62
Tabla 17	63
Tabla 18	64
Tabla 19	65
Tabla 20	67
Tabla 21	68
Tabla 22	69
Tabla 23	70
Tabla 24	71

Resumen

Tema: “Nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos que tiene el personal de enfermería de clínica médica del pabellón 8B del Hospital Español de Mendoza, en el año 2022”

Autoras: Vedia Luciana, Tolosa Albana.

Lugar: Servicio de Clínica Médica, pabellón 8B, Hospital Español de Mendoza.

Introducción: La siguiente investigación determinará los conocimientos del personal de enfermería sobre cuidados paliativos.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es poder evaluar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos del personal de enfermería del servicio de Clínica Médica, pab 8B, del Hospital Español.

Método: Descriptivo, cuantitativo, transversal.

Resultados: Resultados: De la muestra analizada, se observa que existe una prevalencia de rango etario de 31 a 40 años, con un porcentaje del 40% de la población. Un 93% representa a personal de género femenino. Se determina que el rango mayor de experiencia de los enfermeros es de más de 6 años, representado por el 80%. El título que más prevalece es de “Enfermero Profesional” con el 47% de la muestra.

En cuanto a la definición de Cuidados Paliativos, poco más de la mitad del personal, representado por el 53% acertó en la respuesta y también se determinó que conocen cuales son las características de una Enfermedad Terminal, calificándola como una enfermedad avanzada e incurable, que no responde a tratamientos, con tiempo de vida limitado y síntomas incontables. De acuerdo a Situación de Agonía, el 53% de la muestra analizada, seleccionó correctamente la definición de la misma. Con respecto a las patologías que requieren estos cuidados, el personal optó por enfermedades como: cáncer, ACV, espina bífida, y demencia, las cuales son correctas y entran en la categoría de CP.

Al indagar sobre los conocimientos de las herramientas utilizadas para estos cuidados, se determina que el personal en su totalidad NO conoce la encuesta NECPAL, encuesta utilizada para reconocer pacientes que requieren CP. A su vez, con respecto a otras encuestas tales como: Genograma, ESAS, Karnofsky y Barthel se observa que el personal en su mayoría, desconoce o tiene un concepto erróneo sobre el uso de las mismas.

Sobre el conocimiento de los profesionales sobre los Niveles de Atención en Cuidados Paliativos, se determina que a pesar de que la mayoría conoce que se requiere en cada Nivel de Atención, al llevarlo a la práctica, con la exposición de dos casos clínicos, el personal no pudo diferenciar qué Nivel de Atención requieren los pacientes nombrados.

En cuanto a la composición de la familia de los pacientes, el 33% de los profesionales, equivalente al rango mayor, refiere que “a veces” reconoce el entorno familiar del paciente, aun así el 47% de los profesionales, “siempre” identifica al cuidador principal. Y a su vez, el 47% de los enfermeros refiere mantener una relación “Muy buena” y otro 47% “Buena” con la familia de su paciente.

Al evaluar la identificación del dolor, el 74% de los profesionales refieren que “casi siempre” identifica cuando un paciente tiene dolor físico o emocional. Cuando un paciente no puede comunicarse de manera verbal, el personal refiere poder identificar que el mismo presenta dolor mediante los siguientes signos: gestos y expresiones faciales, signos vitales alterados, quejas, examen físico y actitudes corporales de alejamiento. En cuanto a la comunicación verbal, los enfermeros consideran importante preguntarle al paciente que refiere dolor sobre la intensidad del dolor, su localización, la aparición, sus características, duración y factores que lo modifican, además de consultar si existen alergias a medicaciones.

Conclusión: El personal de enfermería presenta un conocimiento básico sobre los cuidados paliativos, o al menos, lo que cuidados paliativos requiere para una buena aplicación de los mismos. Sin embargo, ese conocimiento básico no alcanza para que éste sea viable ya que se requiere más información sobre dichos cuidados y la implementación de sus herramientas para que los pacientes que requieran de ellos puedan pasar por su enfermedad terminal lo más cómodo posible.

Recomendaciones: Capacitaciones dentro de la institución laboral sobre cuidados paliativos básicos y sus beneficios.

Palabras clave: Conocimientos, personal de enfermería, cuidados paliativos, dolor, enfermedad terminal, muerte digna.

CAPÍTULO I

Planteo del problema

Introducción

Los cuidados paliativos son una forma de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares cuando se enfrentan a enfermedades incurables y potencialmente mortales, su finalidad es prevenir y aliviar el dolor. La atención paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias y brinda un sistema de apoyo al paciente y su entorno.

La siguiente investigación fue realizada con la finalidad de indagar en la formación del personal de enfermería, conocer sobre los mitos y creencias que se tiene con respecto a los cuidados paliativos. Por ello, se decidió realizar el estudio con el personal de enfermería del servicio de Clínica Médica, pabellón 8B del Hospital Español de Mendoza, con el objetivo de, además de conocer sus conocimientos, poder servir como motivación para mejorar la educación sobre este tipo de cuidados y derribar las barreras que llevan a que los pacientes en estado terminal no tengan una muerte digna por falta de conocimientos de parte del personal.

Descripción del Problema

Según la OMS: “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.”¹

Hay datos que estiman que alrededor de 40 millones de personas en el mundo necesitan cuidados paliativos anualmente y solo el 14% de éstos reciben la atención necesaria.

Todas las personas tienen derecho a recibir cuidados adecuados y decidir sobre el tratamiento de su enfermedad. En cuidados paliativos se le brinda al paciente y su familia atención física, psicosocial y espiritual a lo largo de todas las fases de la enfermedad, desde la prevención y el diagnóstico hasta el tratamiento de los síntomas, comprendiendo también los cuidados del final de la vida.

Existe un obstáculo importante en cada programa de cuidados paliativos y es la falta de formación, predisposición y comunicación por parte de los profesionales de la salud.

La investigación española, "Conocimientos en Cuidados Paliativos de los Profesionales de Enfermería de un Hospital Español" determinó: *“Se detectó la existencia de un nivel de conocimiento medio que podría ser mejorado con el desarrollo de actividades formativas centradas especialmente en los conceptos erróneos que fueron identificados, permitiendo así, a los profesionales de enfermería, ofrecer a sus pacientes cuidados paliativos de mayor calidad basados en la evidencia científica existente.”*² Además otra investigación, "Conocimiento del Personal de Enfermería sobre Cuidado Paliativos en pacientes hospitalizados en

¹ Organización Mundial de la Salud. (20/08/2020) Cuidados paliativos. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

² Elena Chover-Sierra, Antonio Martínez-Sabater, Yolanda Lapeña-Moñux. Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería de un hospital español. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.1610.2847

medicina interna" realizada en México concluyó: *"Hay dos aspectos básicos de suma importancia que el personal de enfermería debe reforzar en cuanto a su conocimiento: la aplicación de escalas del dolor y el objetivo de los cuidados paliativos (51.22 %), ya que son fundamentales para brindar los cuidados paliativos con calidad."*³ No se hallaron estudios realizados en Argentina, por lo que con la hipótesis de que el equipo de enfermería del Pabellón 8B del Hospital Español de Mendoza tiene un grado de conocimiento adecuado sobre los cuidados paliativos, se propuso realizar una investigación que tiene como objetivo intentar plantear una revisión a este problema, realizando una evaluación conceptual y teórica de los conocimientos que tiene el personal de enfermería en cuidados paliativos.

³ María Lesvia Hernández-Sánchez, Cesar Raúl Aguilar-García. Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna. Mexico. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(2):87-90. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2016/eim162c.pdf>

Planteo del problema

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE
CUIDADOS PALIATIVOS

Pregunta Problema:

¿Cuál es el grado de conocimiento sobre Cuidados Paliativos que tiene el personal de Enfermería del pabellón 8B de Clínica Médica del Hospital Español de Mendoza en 2do cuatrimestre del año 2022?

Objetivos de la Investigación:

Objetivo General: Determinar el nivel de conocimientos de enfermería del Pabellón 8B sobre cuidados paliativos en el Hospital Español de Mendoza.

Objetivos Específicos:

- Determinar si el personal de salud tiene el conocimiento para proporcionar Cuidados Paliativos básicos.

- Determinar si el personal de enfermería puede identificar el nivel de atención de Cuidados Paliativos que requiere el paciente, sus problemas y necesidades multidimensionales (físico, psicológico, espiritual y social).

- Establecer si el personal puede identificar y valorar el tipo de dolor que presenta un paciente.

- Identificar cuántos enfermeros saben abordar el entorno familiar del paciente con Cuidados Paliativos.

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

Introducción a Cuidados Paliativos

Definición de Cuidados Paliativos

Para comprender qué son los Cuidados Paliativos es necesario saber ciertos conceptos sobre enfermedad y agonía al final de la vida.

Se define como “Enfermedad Terminal” aquella que es avanzada, incurable, con carencia de respuestas favorables a tratamientos, que presenta incontables síntomas donde el paciente tiene un tiempo de vida limitado a semanas o meses. Éste tipo de enfermedades causan un gran impacto emocional al paciente, su familia y al equipo médico que lo trata.

Existe la “Situación de Agonía” la cual es una fase previa a la muerte caracterizada por la presencia de deterioro psicofísico del organismo y sus funciones, demencia, trastorno de la conciencia, desorientación en tiempo y espacio, pérdida del estado de alerta y lucidez, dificultad para comunicarse y alimentarse. Es la angustia que sufre una persona cuando está en los últimos doso tres días de su vida.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) ⁴“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.”

El Ministerio de Salud de Argentina lo define como aquello que ⁵“suponen la atención de las personas en su integridad biológica, psicosocial y espiritual a lo largo de todas las fases de la enfermedad oncológica: desde la prevención y el

⁴ OMS, “*Cuidados Paliativos*” (20 de agosto del 2020). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

⁵ Ministerio de Salud, “*Programa Nacional de Cuidados Paliativos*”. Recuperado el 29 de mayo del 2022 de <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/programa-paliativos>

diagnóstico hasta el tratamiento de los síntomas, comprendiendo también los cuidados del final de la vida.”

La SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) dice que los Cuidados Paliativos ⁶“Son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Los Cuidados Paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere.”

Cada una de estas definiciones potencian entre sí el verdadero significado de Cuidados Paliativos. Imprescindibles para el tratamiento no solo de pacientes oncológicos, sino para cualquier persona que está atravesando por una enfermedad crónica progresiva avanzada o una enfermedad terminal y su familia.

Seguimiento e Historia

Concepto de muerte

El concepto de muerte y la reacción del hombre ante esta ha cambiado con el paso del tiempo. Durante la Edad Media (entre siglos V-XII) la muerte era conocida como “muerte doméstica”, el enfermo, consciente de su situación de salud, sabiendo que iba a morir, invitaba a sus seres queridos a acompañarlo en su lecho de muerte para realizar el llamado “rito de la habitación”; este brindaba la posibilidad de despedirse, de desahogar sus temores, solucionar situaciones pendientes con respecto a lo social, personal y espiritual en la comodidad de su

⁶ Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL, “*Historia de los Cuidados Paliativos*” (2014). Recuperado de https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1

hogar, rodeado de sus allegados. Durante esta época, por el escaso conocimiento del abordaje de la enfermedad, el personal de salud se dedicaba al control de síntomas y no a su curación.

Pasando el tiempo, a fines de la Edad Media (siglos XIV-XV) la muerte pasa a ser llamada “muerte de uno mismo”, esta consiste en la individualización de la muerte. Durante esta época la idea del juicio final, el purgatorio y la salvación espiritual comienza a tener más repercusión en la sociedad, por lo que, el hombre empieza a tener más preocupación por identificar sepulturas y que el fallecido permanezca junto a sus seres queridos después de la muerte.

En el Siglo XIX, comienza la etapa llamada “muerte del otro” donde el hombre manifiesta un duelo por la pérdida del ser querido, esto lleva a que se empiecen a realizar cultos en los cementerios, como se conoce actualmente, y así expresar su preocupación por la muerte y poder despedir a su allegado.

Con el comienzo de la 1er Guerra Mundial durante el siglo XX, la muerte comienza a ser conocida como “muerte prohibida”, deja de ser vista como un proceso natural y pasa a ser considerada como algo lejano, ajeno y vergonzoso, un fracaso para médicos y científicos. En esta época la muerte deja de ser esa muerte acompañada, esperada y aceptada por el difunto y quienes lo rodean en el calor de su hogar, y comienza a ser reemplazada por la soledad de un hospital.

Introducción a Cuidados Paliativos

Para comenzar a hablar del inicio de los Cuidados Paliativos o Cuidados tipo “Hospice”, es necesario comprender a qué hace referencia. Durante la Edad Media la palabra “Hospice” se refiere a instituciones encargadas del cuidado de personas, como refugio y lugar de descanso para viajeros y personas con enfermedades avanzadas próximas a morir. Hacían hincapié en el bienestar y confort espiritual de la persona enferma, abandonada y sin respuesta medicinal a

su enfermedad. Estas instituciones tienen un fin con la llegada de la Reforma Protestante.

Hasta el siglo XIX el principal tratamiento médico consistía en controlar y aliviar los síntomas del enfermo, es decir, una visión centrada en el enfermo y no en su enfermedad, por lo tanto, su enfermedad continuaba progresando, es allí donde se vuelve a utilizar el término Hospice, relacionado con el cuidado al enfermo terminal.

Con la llegada del siglo XX, la medicina se orienta en no solo el alivio de síntomas, sino también en la curación y erradicación de la enfermedad, dando lugar al inicio oficial del llamado “Movimiento de Hospicios Modernos”.

El Movimiento de Hospicios Modernos se atribuye al St Christopher 's Hospice en Londres, en 1967. Este fue el primer hospicio donde además de dar cuidados a pacientes en su etapa final de vida, se comienza a investigar, apoyar y brindar educación a la familia de dichos pacientes. Inicialmente esta era la labor de las enfermeras, que con investigaciones y mejoras fueron creando la profesionalización de la enfermería, la cual promovió la importancia de la participación de enfermeras en el tratamiento de un paciente. Es allí donde el nombre Cicely Saunders comienza a ser reconocido.

Cicely Saunders nació en 1918, a sus 21 años comenzó su labor como enfermera durante la Segunda Guerra Mundial, tras una importante lesión en su espalda Cicely tuvo que dejar de ejercer su profesión, eso la llevó a comenzar sus estudios y obtener su título de trabajadora social en 1947. Ejerciendo como trabajadora social fue que conoció a David Tasma, un caso muy particular en la vida de Cicely, ya que el joven sufría de cáncer y su muerte la marcó fuertemente, esto la llevaría a que años más tarde continuará su formación como médica y obtuviera una beca para realizar investigaciones sobre el tratamiento del dolor en enfermos terminales, mientras trabajaba en el Hospicio de St Joseph en Londres.

⁷“Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad”.

En el año 1963 su labor se volvió conocido internacionalmente, ya que, comenzó a publicar sus investigaciones y terapias sobre el dolor tanto físico como emocional de sus pacientes en la prensa médica, fue invitada a conferencias en diversas partes del mundo, principalmente Estados Unidos.

Durante el año 1964 se dió a conocer la definición de “*dolor total*” elaborada por la Dra. Saunders para describir las capas de sufrimiento físico, emocional, social y espiritual.

⁸“La experiencia total del paciente comprende ansiedad, depresión y miedo; la preocupación por la pena que afligirá a su familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en la que confiar”

Fue hasta el año 1967, que Cicely inauguró el St. Christopher Hospice en Londres, hoy considerado como la cuna del Movimiento de Hospicios Modernos en el mundo. En esta institución se atendía únicamente a enfermos incurables, centrándose en primer lugar en aliviar y controlar el dolor del paciente para después ayudarlo a tener una muerte digna. Así mismo, este fue el primer hospice académico, como ya mencionamos anteriormente, se brindaba educación y apoyo dirigido a las familias, para afrontar no solo la enfermedad

⁷ Vidas científicas, “Cicely Saunders: “Importas porque eres tú, hasta el último momento de tu vida” 2016/11/23. Recuperado de https://mujeresconciencia.com/2016/11/23/cicely-saunders-importas-ultimo-momentovida
/#:~:text=Usted%20importa%20hasta%20el%20%C%BAltimo,%2C%20lo%20haga%20con%20dignidad%E2%80%9D.

⁸ M. A. Vidal, L. M. Torres, “In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos” Abril del 2006. Recuperada de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-8046200600030000

de su familiar, sino que también durante el duelo por la pérdida de aquel ser querido.

En francés, la palabra Hospice es sinónimo de hospital, es por ello que, para evitar confusiones, el médico canadiense Balfour Mount, quien fue considerado el padre de los cuidados paliativos en Norteamérica, dio el término de Cuidados Paliativos para ser utilizado en lugar de "Hospice" en Canadá. Si hablamos del origen etimológico de la palabra paliativo, proviene del latín "pallium", que significa que "no cura, pero que alivia", haciendo referencia al acto de aliviar síntomas o sufrimiento. En 1980 la Organización Mundial de la Salud incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Esto llevaría a que Inglaterra llamara como Medicina Paliativa a la disciplina que en 1987 sería reconocida como una subespecialidad de la medicina.

Aproximadamente en el año 1995 la Organización Panamericana de la Salud también lo incorpora oficialmente a sus programas sanitarios.

En los últimos años los Cuidados Paliativos han ido creciendo mundialmente, el éxito que tuvo el St. Christopher Hospice permitió que el movimiento Hospice se expandiera generando consultorios, centros de salud, atención a domicilio y programas de investigación y docencia. Estados Unidos fue uno de los pioneros con respecto a brindar cuidados paliativos a pacientes no oncológicos, estos mismos cuidados eran dedicados a varias patologías nuevas, entre ellas, la atención de pacientes con SIDA. Esto dió lugar a que los CP también se expandieron en cuanto a las características de los pacientes que recibirán dicha atención, esto quiere decir que, cualquier paciente con una enfermedad crónica es candidato para recibir cuidados paliativos.

Evolución de los conceptos de Cuidados Paliativos

PASADO	PRESENTE
Enfermedad terminal	Persona Necesidades Paliativas
Pronóstico de semanas o meses	Cualquier etapa de patologías
Cáncer	Enfermedades amenazantes de la vida o crónicas progresivas
Según Diagnóstico	Según intensidad de Sufrimiento / necesidades
Mortalidad	Prevalencia
Dicotomía Curación vs. Paliación	Tratamientos integrados, combinados, compartidos
Trat. específico patología o CP	Trat. específico patología y CP
Intervención de especialistas según pronóstico	Intervención de especialistas según severidad y complejidad como criterio
Rol pasivo de pacientes	Autonomía - Directivas anticipadas
Derivación tardía	Derivación temprana o basada en las necesidades y recursos
Identificación tardía pacientes por servicios especializados	Identificación oportuna de pacientes en todos los niveles
Intervenciones unidireccionales rígidas	Intervenciones flexibles y adaptadas al contexto
TRATAMIENTO EN SERVICIOS DE CP	CP EN TODO EL SISTEMA DE SALUD

Fuente: *Dra. Mariela Bertolino, "Introducción a los cuidados paliativos, a la Evaluación multidimensional y al trabajo en equipo Interdisciplinario" 2021, Instituto Nacional del Cáncer.*

Relación de Cuidados Paliativos y los Derechos Humanos

Actualmente no contamos a nivel internacional con un fundamento legal sobre los derechos humanos con relación a los cuidados paliativos, se puede tener en cuenta instrumentos internacionales en los cuales pueden estar relacionados. Si bien, existe una Carta de Praga escrita por La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), La Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC),

La Alianza Mundial de Cuidados Paliativos (WPCA) y el Observatorio de Derechos Humanos (ODH), que tiene como finalidad alentar a los gobiernos a reconocer los cuidados paliativos como un derecho humano.

⁹“Se urge a los gobiernos a aliviar el sufrimiento y a reconocer los cuidados paliativos como un derecho humano”

Reconocimientos legales en Argentina

En el año 1985 se inauguró en Buenos Aires, el primer centro ligado al Programa de Cuidados Paliativos llamada Fundación Prager- Bild, cuya presidente honoraria fue la Dra. Cicely Saunders del St Christopher’s Hospice de Londres. Sin embargo, por la crisis económica que atravesaba el país en 1989 dicha fundación tuvo que cerrar.

Durante la década del 80 el Dr. Roberto Wenk junto a otros profesionales y voluntarios, crearon el Programa Argentino de Medicina Paliativa. En el año 1994 se constituye formalmente la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados

Paliativos (AAMiCP)

Actualmente existe un Programa de Cuidados Paliativos que dicta el Ministerio de Salud Argentino, destinado solo a pacientes oncológicos y un Proyecto de Ley donde se solicita al gobierno crear una Ley de Cuidados Paliativos no solo para pacientes oncológicos, sino que para pacientes con otras enfermedades crónicas y enfermedades terminales.

⁹ EAPC “Palliative Care- A Human Right” 2010. Recuperado de <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/04/Carta-de-Praga.pdf>

APARTADO II

Cuidados Paliativos

Según la OMS, “Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo y mediano. Actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben...La falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados.”

Identificación del paciente

En cuidados paliativos se necesita de una asistencia activa y holística para cualquier persona, sin importar su edad, con sufrimiento severo relacionado con una enfermedad grave y su final de vida.

Los Cuidados Paliativos si bien en un principio eran brindado solo a pacientes oncológicos, actualmente son necesarios para pacientes con enfermedades avanzadas tales como:

- Adultos: Cáncer, ACV, Alzheimer, demencias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfisema, esclerosis lateral amiotrofia, esclerosis múltiple, insuficiencia cardíaca, renal o hepática irreversible, VIH/sida. COVID 19, paciente geriátrico en situación de fragilidad avanzada, Parkinson.
- Niños: Algunas enfermedades del hígado, riñón y corazón, cáncer óseo, cáncer del SNC, enfermedades congénitas, distrofia muscular, espina bífida, fibrosis quística, leucemia, linfoma, parálisis cerebral.

Para identificar este tipo de pacientes es necesario un instrumento llamado NECPAL.

¹⁰ OMS, “*Cuidados Paliativos*” (20 de agosto del 2020). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

NECPAL (Necesidad de Cuidados Paliativos)

Este instrumento sirve para la detección precoz de pacientes que requieren cuidados paliativos. Es un cuestionario aplicable a pacientes que presentan enfermedades crónicas avanzadas y permite a su vez identificar la necesidad de estos cuidados. Estas medidas pueden ser aplicadas por cualquier equipo en cualquier servicio de salud, no sirve para pronosticar la evolución del paciente ni determinar el tiempo de vida que le queda. Tampoco es utilizado para contraindicar tratamientos y medidas de control o rechazar medidas terapéuticas específicas de la enfermedad que puedan mejorar la calidad de vida, por ejemplo, un paciente con cáncer necesita de cuidados paliativos, pero además necesita quimioterapia o radioterapia, por lo que, este tratamiento invasivo no puede ser contraindicado, pero ayuda al paciente a tratar los efectos adversos posibles, como náuseas, dolor, vómitos, estreñimiento, anemia, etc.

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD¹ – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado , explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
Marcadores nutricionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcadores funcionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema , al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presencia de distress emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Factores adicionales de uso de recursos , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas

ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de un criterio) **Sí** No

- Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.)
- Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%)
- Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico

ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios) **Sí** No

- Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones
- Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40%
- En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa
- Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
- Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)

ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios) **Sí** No

- Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable
- Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos
- Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg)
- Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min)
- Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC (sólo requiere la presencia de un criterio) **Sí** No

- Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días
- Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidisfagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON (presencia de dos o más de los siguientes criterios) **Sí** No

- Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo
- Síntomas complejos y difíciles de controlar
- Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse
- Disfagia progresiva
- Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria

ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio) **Sí** No

- Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante
- Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio) **Sí** No

- Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante

DEMENCIA (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7)		
<input type="checkbox"/>	Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral		
<input type="checkbox"/>	Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)		

Fuente: 88 Observatorio Qualy, Centro de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos, "Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa en servicios de salud y sociales". Institut Català d'Oncologia. (Noviembre 2011)

Este instrumento sólo es aplicable a ciertas enfermedades crónicas avanzadas, como las mencionadas anteriormente y puede ser realizado por médicos y/o enfermeros que conozcan al paciente y su evolución.

Para que se considere un paciente con identificación positiva, la pregunta sorpresa debe ser negativa y al menos otra pregunta con respuesta positiva. Si la pregunta sorpresa es negativa como el resto de las preguntas, no significa que el paciente no requiera cuidados paliativos, sino que debe ser reevaluado nuevamente seis meses después. Si la respuesta sorpresa es positiva, la reevaluación se hará 12 meses después.

Criterios y niveles de atención

Los cuidados paliativos son necesarios para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades incurables, es por ello que es necesario escalar criterios para determinar qué tipo de cuidado requiere un paciente y su familia.

Para esto se utilizan los llamados "niveles de atención".

Nivel primario

Este nivel se aborda como una situación simple, donde el paciente tiene un sufrimiento leve y se le ofrece una atención domiciliaria, debido a que el paciente encuentra su hogar como un lugar confortable. Esta asistencia es fundamental, ya

que previene los reiterados ingresos hospitalarios y a su vez, ayuda, acompaña y educa a la familia sobre cómo afrontar esta situación.

En este nivel el paciente no requiere de un equipo de atención especializado, es decir que sus cuidados y tratamiento pueden ser dados por personal con conocimientos básicos sobre cuidados paliativos, como consejeros espirituales, consejeros de duelo o terapeutas.

Nivel secundario

Este nivel se aborda como una situación compleja, donde el sufrimiento del paciente es moderado y la atención que se le ofrece es ambulatoria, es decir que el paciente necesita de un equipo especializado en cuidados básicos, médicos, enfermeros, psicólogos y servicio social, dentro de una institución donde puede acceder a diferentes servicios sin necesidad de una internación.

Se le brinda al paciente planes de cuidados para que lleve a cabo junto con su familia en su domicilio y se agendan nuevas citas con los especialistas que requiera.

En conclusión, una asistencia ambulatoria mejora la accesibilidad y posibilita intervenciones tempranas con el equipo necesario. Dicho equipo comparte la atención con el personal de atención domiciliaria.

Nivel terciario

Este nivel se considera más complicado, es donde el paciente presenta un sufrimiento intenso que requiere internación y el seguimiento de un equipo formado por médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, farmacéuticos, trabajadores sociales, kinesiólogos, consejeros espirituales y terapeutas capacitados en cuidados paliativos completos.

La hospitalización se brinda con el fin de darle confort al paciente y a su familia, y para control de síntomas y/o sedación. En este nivel la visita domiciliaria queda excluida. Si bien, para sobrellevar este nivel se debe tener en cuenta ciertos factores como la edad del paciente, la mortalidad, los costos y la estancia en el centro hospitalario.

Evaluación multidimensional: Instrumentos

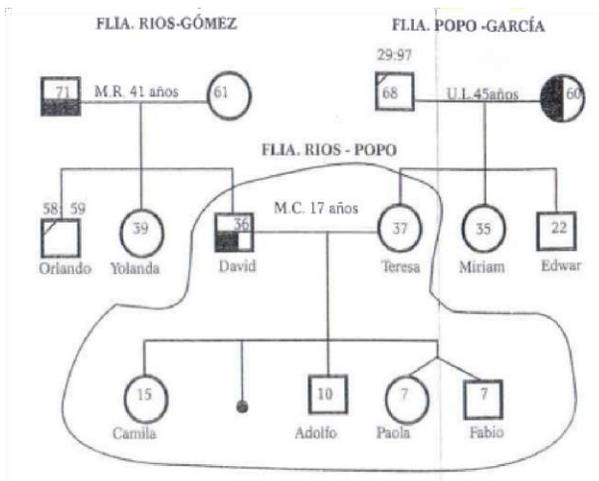
Para evaluar un paciente con necesidad de Cuidados Paliativos es necesario saber todo sobre sí mismo, su enfermedad y su entorno familiar. Esto se puede lograr mediante ciertos instrumentos y escalas.

Familia y red de apoyo: Genograma y Familiograma

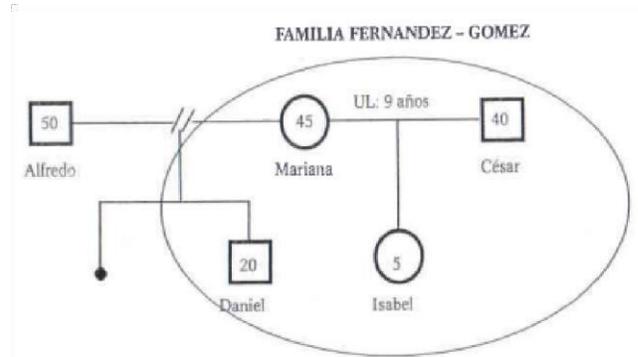
Estos instrumentos tienen las mismas características y utilizan los mismos símbolos. La representación gráfica determina el grupo familiar, el tipo de relación y su convivencia, ayuda a visualizar información sobre el paciente y su entorno.

Un familiograma solo se registran dos generaciones (paciente-hijos/cónyuges/padres/hermanos, si los tuviera), por otro lado, el genograma, un poco más completo, registra tres o más generaciones (paciente-hijos/cónyuges/padres/hermanos/abuelos/tíos...etc.)

GENOGRAMA



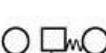
FAMILIOGRAMA



Fuente: Sanchez Rengifo Luz M. "Evaluación y trazado de la estructura de la familia. Evaluación del conflicto conyugal: Guía para principiantes (2001). Universidad del Valle. Facultad de Humanidades. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano.

En la siguiente imagen, se puede observar la simbología y su significado con respecto a las relaciones del entorno familiar que se utilizan en ambos instrumentos.

Sexo (Hombre / Mujer / Indefinido)	□ ○ ◇
Adopción*	[□] [○]
Matrimonio*	año
Vínculo ascendente*	┌───┐ └───┘
Vínculo descendente*	┌───┐ └───┘
Personas que habitan la casa*	(---)
Unión libre*	año
Gemelos heterocigotos*	□ ○
Gemelos homocigotos*	□ □
Divorcio*	año
Separación*	año
Matrimonio consanguíneo**	año
Descendencia desconocida**	♀
Matrimonio sin embarazos ni hijos**	┌───┐ └───┘
Vive lejos del hogar (escuela, cárcel, etc.)**	□

Relaciones interpersonales afectivas	Asociación con salud-enfermedad
Relaciones conflictivas* 	Aborto* espontáneo / inducido ● ○
Relaciones cerradas* 	Muerte* ☒
Relaciones distantes* 	Embarazo* △
Relaciones dominantes* 	Paciente identificado* □ ◎
Disfunción en el matrimonio* 	Óbito** ●
Disfunción en el matrimonio y amante** 	

*Propuesto por 4 o más autores
**Propuesto por 3 o menos autores

Fuente: publicado por Arango Juan Diego, 01 de octubre del 2018 en "Psicología dinámica".
Recuperado de: <http://psicologiadinamicahoy.blogspot.com/2015/04/50-familiograma-o-genograma.html>

Síntomas Físicos y Psicológicos: ESAS

“Edmonton System Assessment Scale” (ESAS) o “Evaluación de Síntomas de Edmonton” este método es utilizado muy frecuentemente en pacientes que reciben Cuidados Paliativos, es una escala numérica que sirve para medir la intensidad de los síntomas del paciente. Dicha escala puede ser completada por el paciente, el cuidador o el personal de salud a cargo. Se selecciona el número que mejor indique la intensidad, siendo 0 (cero) sin dolor y 10 (diez) máximo dolor.

SIN DOLOR	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	MÁXIMO DOLOR
SIN CANSANCIO	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	MÁXIMO CANSANCIO
SIN NAUSEAS	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	MÁXIMO NAUSEAS
SIN TRISTEZA	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	MÁXIMO TRISTEZA
SIN ANSIEDAD	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	MÁXIMO ANSIEDAD
SIN SOMNOLENCIA	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	MÁXIMO SOMNOLENCIA
SIN DISNEA	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	MÁXIMO DISNEA
BUEN APETITO	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	SIN APETITO
MÁXIMO BIENESTAR	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	MÁXIMO MALESTAR
SIN DIFICULTAD PARA DORMIR	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	MÁXIMO DIFICULTAD DORMIR

Para un mejor control de síntomas del paciente, es necesario utilizar esta escala día a día para un mejor seguimiento y valoración de la efectividad del tratamiento.

Capacidad Funcional: KARNOFSKY, ECOG, PPS, BARTHEL

Karnofsky: esta escala evalúa la capacidad funcional en diferentes dimensiones de una persona, como actividad, capacidad de trabajar, cuidados necesarios, gravedad y progresión de enfermedad, y necesidad de hospitalización. Es una escala que valora en porcentaje, siendo 100% salud normal y 0% muerte, disminuyendo los criterios de diez en diez.

% PPS	Movilidad	Actividad y evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de conciencia
100	Completa	Actividad y trabajo normal Sin evidencia de enfermedad	Total	Normal	Total
90	Completa	Actividad y trabajo normal Algo de evidencia de enfermedad	Total	Normal	Total
80	Completa	Actividad normal con esfuerzo Algo de evidencia de enfermedad	Total	Normal o reducido	Total
70	Reducida	Incapaz de realizar trabajo normal Enfermedad significativa	Total	Normal o reducido	Total
60	Reducida	Incapaz de realizar hobbies o trabajo doméstico Enfermedad significativa	Necesita asistencia ocasional	Normal o reducido	Total o confuso
50	Principalmente sentado o recostado	Incapaz de realizar cualquier trabajo Enfermedad extensa	Requiere asistencia considerable	Normal o reducido	Total o confuso
40	Principalmente en cama	Incapaz de realizar la mayoría de las actividades Enfermedad extensa	Asistencia en casi todo	Normal o reducido	Total o somnoliento ≠ confuso
30	Postrado en cama	Incapaz de realizar cualquier actividad Enfermedad extensa	Cuidados permanentes	Normal o reducido	Total o somnoliento ≠ confuso
20	Postrado en cama	Incapaz de realizar cualquier actividad Enfermedad extensa	Cuidados permanentes	Mínimo o sorbos	Total o somnoliento ≠ confuso
10	Postrado en cama	Incapaz de realizar cualquier actividad Enfermedad extensa	Cuidados permanentes	Sólo cuidado oral	Somnoliento o coma ≠ confuso
0	Muerte	-	-	-	-

Fuente: Perez-Cruz, Pedro. E.Acevedo C, Francisco. Escalas de estado funcional (o performance status) de Cáncer. 2014. Recuperado de <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2014n300007.pdf>

ECOG: Esta escala es similar a la escala de Karnofsky, es una forma más práctica para medir la calidad de vida del paciente, sin embargo, no ha sido tan estudiada y validada como la escala anterior. Se enumera de 0-5, siendo 0 (cero) totalmente sano y 5 (cinco) muerto.

Puntaje	Descripción
0	Completamente activo, capaz realizar todas las actividades previas a la enfermedad, sin restricción
1	Restringido en actividad física extrema, capaz de caminar y realizar trabajos livianos, ej., trabajo en la casa liviano, trabajo de oficina
2	Capaz de caminar y de autocuidado pero incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo. Deambula más de 50% de las horas que está despierto
3	Capaz de autocuidado limitado, se mantiene postrado o en silla más de 50% de las horas que está despierto
4	Completamente incapacitado. No puede realizar autocuidado. Totalmente confinado en cama o silla
5	Muerte

Fuente: Perez-Cruz, Pedro. E.Acevedo C, Francisco. Escalas de estado funcional (o performance status) de Cáncer. 2014. Recuperado de <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2014n300007.pdf>

PPS: “Performance Palliative Scale” Esta escala es una modificación de la escala de Karnofsky, donde se excluyen ciertos ítems que no pueden ser utilizados en pacientes con cuidados paliativos, ya que, evalúa la funcionalidad de pacientes que se encuentran en fase paliativa hospitalaria o domiciliaria. Además, ayuda a

definir el área donde el paciente debe llevar su tratamiento, de acuerdo al nivel de atención que requiere.

Tabla 3. Escala de Funcionalidad Paliativa (*Palliative Performance Scale* o PPS)

% PPS	Movilidad	Actividad y evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de conciencia
100	Completa	Actividad y trabajo normal Sin evidencia de enfermedad	Total	Normal	Total
90	Completa	Actividad y trabajo normal Algo de evidencia de enfermedad	Total	Normal	Total
80	Completa	Actividad normal con esfuerzo Algo de evidencia de enfermedad	Total	Normal o reducido	Total
70	Reducida	Incapaz de realizar trabajo normal Enfermedad significativa	Total	Normal o reducido	Total
60	Reducida	Incapaz de realizar hobbies o trabajo doméstico Enfermedad significativa	Necesita asistencia ocasional	Normal o reducido	Total o confuso
50	Principalmente sentado o recostado	Incapaz de realizar cualquier trabajo Enfermedad extensa	Requiere asistencia considerable	Normal o reducido	Total o confuso
40	Principalmente en cama	Incapaz de realizar la mayoría de las actividades Enfermedad extensa	Asistencia en casi todo	Normal o reducido	Total o somnoliento ± confuso
30	Postrado en cama	Incapaz de realizar cualquier actividad Enfermedad extensa	Cuidados permanentes	Normal o reducido	Total o somnoliento ± confuso
20	Postrado en cama	Incapaz de realizar cualquier actividad Enfermedad extensa	Cuidados permanentes	Mínimo o sorbos	Total o somnoliento ± confuso
10	Postrado en cama	Incapaz de realizar cualquier actividad Enfermedad extensa	Cuidados permanentes	Sólo cuidado oral	Somnoliento o coma ± confuso
0	Muerte	-	-	-	-

Fuente: Perez-Cruz, Pedro. E.Acevedo C, Francisco. Escalas de estado funcional (o performance status) de Cáncer. 2014. Recuperado de <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2014n300007.pdf>

BARTHEL: Este índice valora de forma cuantitativa la independencia de un paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria, es útil y fácil de aplicar, pudiendo obtener información de manera directa e indirecta mediante entrevistas al paciente y/o familiar, observación e incluso realizando actividades de simulación. La escala se mide de forma numérica de cinco en cinco, una vez terminado se suman los puntos y se califica el nivel de dependencia, el puntaje tiene de referencia:

- 0-24 dependencia total
- 25-49 dependencia severa
- 50-74 dependencia moderada
- 75-90 dependencia media
- 91-99 dependencia mínima
- 100 independencia.

Índice de las Actividades Básicas de la Vida Diaria de Barthel

Actividad		Grado de autonomía
Comer	10	Independiente: capaz de comer solo
	5	Necesita ayuda para cortar la carne o extender mantequilla
	0	Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona
Baño	5	Independiente: capaz de lavarse sólo. (entrar y salir de la bañera)
	0	Dependiente: necesita alguna ayuda o supervisión
Vestirse	10	Independiente: no precisa ayuda
	5	Necesita ayuda: realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente
Aseo	5	Independiente: realiza todas las actividades sin ayuda
	0	Dependiente: necesita ayuda
Deposición	10	Contínente
	5	Accidentes ocasionales (menos de 1 vez por semana)
	0	Incontinente
Micción:	10	Contínente:
	5	Accidentes ocasionales, máximo 1 episodio en 24h, precisa ayuda con sondas o dispositivos
	0	Incontinente
Uso del WC	10	Independiente: no necesita ayuda
	5	Necesita ayuda parcial
	0	Incapaz de manejarse sin ayuda
Traslado cama-sillón	15	Independiente: no precisa ayuda
	10	Mínima ayuda verbal o física
	5	Gran ayuda: precisa la ayuda de una persona entrenada
	0	Dependiente: necesita grúa o dos personas para la movilización. Incapaz de permanecer sentado
Deambulaci3n	15	Independiente: capaz de recorrer 50m.
	10	Necesita ayuda: supervisi3n o ayuda f3sica en el alzado.
	5	Necesita andador; Independiente en silla de ruedas (capaz de recorrer 50 m)
	0	Dependiente
Escaleras	10	Independiente: capaz de subir o bajar un piso sin ayuda o supervisi3n
	5	Necesita ayuda f3sica o verbal
	0	Dependiente: incapaz de salvar escalones

Fuente: Nabal María. "Cómo valorar al paciente terminal desde la perspectiva de los Cuidados Paliativos" Sociedad Iberoamericana de Informaci3n Científica. (7 de junio del 2021)

APARTADO III

Enfermería en Cuidados Paliativos

La enfermería está en continuo movimiento, realizando investigaciones, capacitaciones, transformándose día a día. Se encarga de actividades dependientes e independientes que ayudan y favorecen en conjunto al trabajo de otros profesionales de salud.

La historia ubica a la enfermería como una parte esencial para la introducción de los Cuidados Paliativos al mundo. Su forma de tratar con un entorno humanístico y asistencial a los pacientes en momentos tensos de sus vidas enfrentando enfermedades e inclusive su próxima muerte es lo que hace que la enfermería sea tan importante para la aplicación de Cuidados Paliativos.

Sin embargo, a veces el cuidado de enfermería se ve limitado e incompleto, no cubre las demandas necesarias que requieren las personas y logra así brindar un tratamiento inadecuado que produce insatisfacción a los pacientes, ya sea por falta de recursos materiales, conocimiento, desinterés, cansancio o una alta demanda de pacientes lo cual logra no poder centrar toda su atención en el paciente que requiere de un cuidado específico.

La salud a ido progresando con el tiempo, intentando curar a los pacientes con diferentes medios, desde el hechicero y sacerdote, aplicando ritos, medicación natural, imposición de religión, hasta profesionales capacitados con amplios conocimientos científicos y el uso de instrumentos tecnológicos capaces de diagnosticar distintos tipos de trastornos del organismo. Estos avances tecnológicos hicieron perder el humanismo, la visión holística y la empatía hacia los pacientes, la capacidad de no solo curar la enfermedad sino también tratarla y permitir que el paciente tenga la mejor calidad de vida posible.

El sufrimiento es multifactorial, es decir se trata de algo físico, social, psicológico y espiritual, esto significa que al tratar a un paciente no se debe solo solucionar lo físico, siendo este lo más fácil de tratar, sino también orientarse a las necesidades del paciente y su familia, posibilitando la mejor calidad de vida en el mayor tiempo posible. La familia del paciente tiene historia, vive en un presente que mira hacia

un futuro en común, la enfermedad de un paciente impacta en el resto de la familia ocasionando angustia, pensamientos negativos, negación, miedo y más, dificultando el tratamiento hacia el paciente, es por ellos que no solo el enfermo debe tener un tratamiento, sino que su entorno también requiere educación, entrenamiento y apoyo específico.

Comunicación: una herramienta terapéutica

La comunicación es un proceso donde se intercambia información de una persona a otra a través de lenguaje verbal, signos, símbolos y comportamientos. Este proceso se completa cuando la información se transmite, se recibe y se comprende. Es importante diferenciar el “comunicar” de “informar”, la información forma parte del proceso comunicativo, pero no siempre que informamos estamos comunicando. Es decir, en la comunicación se involucra al receptor valorando su opinión y creando una relación de confianza e informar es un proceso lineal donde la información sale del emisor y no se espera una respuesta del receptor.

Existen diferentes tipos de comunicación, puede ser verbal y no verbal.

Comunicación verbal: en este tipo de comunicación se utiliza el lenguaje, ya sea con palabras o símbolos. Está compuesta de contenidos cognitivos y afectivos que el paciente puede utilizar para decir lo que desea y necesita. Sin embargo, este tipo de comunicación puede ser insuficiente para lograr una buena y verdadera comunicación, es necesario complementar con más tipos de comunicación.

Comunicación no verbal: en este tipo de comunicación no se utilizan palabras o símbolos, sino que, se utiliza inconscientemente toda interacción social, como, por ejemplo, comunicación kinésica donde vemos gestos, movimientos, postura y actitudes corporales. La comunicación a través de expresiones faciales donde se observa si existe atención, motivación y emociones. Comunicación con contacto visual. La comunicación proxémica marca territorialidad y espacio personal, es decir, si se observa alejamiento o proximidad se puede identificar si este se siente

incómodo, con miedo o existe una relación de confianza. La comunicación paralingüística complementa la comunicación verbal, que se produce con movimientos del cuerpo o sonidos, por ejemplo, el tono de voz, ritmo, silencios, la risa o el volumen.

El enfermero debe tener habilidades personales de autorregulación para que pueda identificar cuándo parar, pensar y responder, habilidades para el análisis y detección de problemas y preocupaciones que presenta el paciente y proponer planes de ayuda. Además, el profesional de salud debe tener habilidades de comunicación donde exista claridad, debe estar dispuesto a recibir preguntas abiertas de sus pacientes, debe preguntar y no dar nada por hecho y comunicar al ritmo de necesidad y posibilidad del paciente, brindando contención y apoyo emocional.

Abordaje al paciente

Es necesario como labor de enfermería, en un inicio, la valoración del paciente en todos sus aspectos y la evaluación de los síntomas para determinar qué tipos de cuidados necesita. Las escalas nombradas en el apartado anterior son de suma importancia para identificar y valorar a los pacientes que necesitan de cuidados paliativos, es fundamental que el enfermero conozca y pueda definir qué instrumentos debe utilizar con respecto a las prioridades del paciente y sus aspectos a evaluar.

Los criterios a tener en cuenta al momento de evaluar al paciente son: disponer del tiempo y lugar adecuado que requiere la evaluación, es importante comunicarse y explicar al paciente lo que se va a realizar, sus objetivos y que comprenda las consignas, se debe preguntar si la evaluación le resulta incómoda, molesta o difícil. Si el paciente no puede dar una respuesta concreta, se debe evaluar los motivos y registrarlos en la evolución de enfermería.

Dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define ¹¹"El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial".

En la actualidad hay situaciones en las que el paciente sufre sin necesidad, esto se debe a acciones ineficaces en el tratamiento de su dolor. Un gran porcentaje de pacientes en situación de agonía o con una enfermedad crónica avanzada presenta un dolor extremo o severo, a pesar de contar con tecnologías para tratar su enfermedad, es decir que muchas veces se opta por intervenciones invasivas, que, si bien ayudan en el tratamiento del paciente, son técnicas agresivas que no tratan el principal problema del paciente, el dolor.

Dolor físico

Las enfermedades crónicas avanzadas y/o terminales se caracterizan por tener una sensación desagradable de sufrimiento, el dolor físico. Para una buena valoración de dicho dolor, es necesaria la comunicación con el paciente y su familia, se debe realizar un examen físico, evaluar las características de su dolor y realizar estudios complementarios.

Para evaluar el dolor se requiere identificar la localización, características, intensidad, irradiación, temporalidad, medicación previa y factores que lo modifican.

En la valoración de un paciente que puede comunicarse de forma verbal se pueden realizar preguntas como:

¹¹ Perez Fuentes, J. "Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás" Rev. Soc. Esp. Dolor vol.27 no.4. 13 de octubre del 2020. Doi: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>

- ¿Dónde está su dolor?
- ¿Cuándo comenzó?
- ¿Cuánto le duele? (escalas de intensidad)
- ¿Es constante o periódico?
- ¿Es localizado o difuso?
- ¿Puedes describir el dolor?
- ¿Qué lo mejora? ¿Qué lo empeora?
- ¿Qué tratamientos ha recibido? ¿Cuánto fue el alivio?

Cuando la comunicación con el paciente no puede ser verbal, hay otros métodos que se pueden utilizar para identificar el dolor, como controlar signos vitales y encontrarlos alterados, observar gestos, movimientos y quejas del paciente que expresan su dolor. Si bien, la comunicación no verbal no es de ayuda para realizar una valoración completa del dolor, ayuda a comprender que el paciente está sufriendo.

Basándose en las respuestas del paciente y su familia, se pueden realizar estudios complementarios que ayuden a determinar un mejor tratamiento del dolor.

En enfermería se realizan intervenciones dependientes e independientes, estas funciones se aplican en conjunto para el manejo del dolor del paciente realizando intervenciones delegadas basadas en prescripciones médicas, pero lo que realmente empodera a los enfermeros es la realización de intervenciones propias de la enfermería, la humanización del cuidado.

Tratamiento

Para el tratamiento del dolor existe una escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud. Con esta escala se puede obtener un buen manejo del dolor en la mayoría de los casos.

TABLA II
Escala analgésica de la O.M.S.

Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos	Opioides potentes ± Coanalgésicos	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
-----	-----	-----	
Paracetamol AINE Metamizol	Escalón I ----- - Codeína Tramadol	-- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

Fuente: F.Puebla Diaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) vol.28 no.3 mar. 2005. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006

Existen normas para el uso de esta escala:

- Es importante antes de comenzar con la escala de analgesia haber utilizado escalas que puedan medir la intensidad del dolor.
- Si existe un fallo con el primer escalón, es decir, el paciente sigue con mal manejo del dolor con los analgésicos del primer escalón, se opta por subir un escalón. En el segundo escalón se comienzan a tomar los opioides débiles y coanalgesicos, estos se combinan con el primer escalón. Si el paciente no mejora se debe comenzar con los opioides potentes combinados nuevamente con el primer escalón.
- No se deben combinar fármacos del mismo escalón.

- Si el segundo escalón no es efectivo para el paciente no se debe tardar mucho tiempo en subirlo al escalón número tres.

En el primer escalón los pacientes sienten dolor leve, para su tratamiento se utilizan fármacos como el Paracetamol u otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos. Estos fármacos presentan techo terapéutico, esto quiere decir que una vez alcanzada la dosis máxima recomendada, el incremento de la dosis no produce mayor analgesia.

“La Sociedad Americana del Dolor recomienda que todos los regímenes analgésicos deben incluir un fármaco no opioide, aunque el dolor sea suficientemente intenso como para añadir un analgésico opioide.”

El dolor moderado, manejado con el segundo escalón, se puede tratar con opioides menores como por ejemplo la codeína. Se utilizan en conjunto con analgésicos no opioides.

Los opiáceos actúan a través de receptores en el sistema nervioso central, mientras que los analgésicos no opioides actúan en la periferia.

Los pacientes con dolor severo necesitan tratamiento con opioides más potentes como por ejemplo la morfina, fentanilo y la oxicodona (tercer escalón). En este caso no existe el techo terapéutico.

Cuando no se obtiene una analgesia adecuada con opioides, se debe considerar el cuarto escalón que incluye tratamientos e intervenciones más invasivas.

Los coadyuvantes aumentan la eficacia de la analgesia, son utilizados en el manejo de otros síntomas que aumenten el dolor y para tipos específicos de dolor.

Se indican en cualquier escalón si el tipo de dolor lo precisa.

Abordaje a la familia

Cuando una persona enferma con una patología terminal, esta no afecta sólo a dicha persona sino también a su entorno familiar. La enfermedad terminal es una enfermedad familiar que afecta a todos sus miembros generando una situación de crisis en su estabilidad, cada miembro reacciona de distintas maneras lo que crea un conflicto grupal y empeora el bienestar o sufrimiento de la persona enferma, se crean problemas de comunicación, lo cual dificulta la adaptación a la enfermedad.

La familia es un elemento necesario y básico para garantizar el mejor cuidado hacia el paciente, sin embargo, una situación compleja como lo es la enfermedad terminal llevan a tomar decisiones que no siempre ayudan a la situación del paciente. como su sobreprotección, la sobrecarga del cuidador principal, el cerco de silencio y el duelo. El principal objetivo de Cuidados Paliativos es no solo ayudar al paciente, sino también a su familia, disminuyendo los niveles de sufrimiento de todas las personas implicadas, ayudándolos y acompañándolos en cada fase y principalmente garantizar el desarrollo de una muerte digna.

Es necesario conocer el entorno del paciente, saber con quien se relaciona, con quien se siente cómodo, quien lo angustia (por su enfermedad y cómo le afecta) o quien lo ayuda a realizar actividades.

Identificación de cuidador principal

El cuidador principal generalmente es una persona que forma parte de la familia, responsable que cuenta con posibilidades y disposición para la atención del enfermo. Es necesaria su identificación ya que dicho cuidador formará parte del proceso por el cual deberá atravesar el paciente. El cuidador principal debe contar con ciertas características tales como, poseer una buena relación afectiva con el enfermo, suficiente nivel escolar para comprender y transmitir la información e instrucciones, así como capacidad para transmitir seguridad y bienestar emocional en la mayor cantidad y calidad posible.

Es importante estar disponible y ofrecer tiempo para escuchar tanto al paciente como al familiar sobre “sus batallas”. En ocasiones, cuando no hay experiencia en el cuidado de pacientes, los roles en la familia se ven afectados, es ahí donde actúan los cuidados paliativos, enseñando al familiar “cómo cuidar” sin menospreciar, sin olvidar su nombre y reconocer en el ser, no en la apariencia.

Cerco de silencio

La familia teme por el paciente y el paciente por su familia, esto los lleva a la sobreprotección creando en ocasiones el cerco de silencio.

Este cerco de silencio se define como una decisión implícita o explícita de ocultar o alterar el diagnóstico, pronóstico o gravedad durante el proceso de salud enfermedad del paciente por parte de este, su familia, amigos y/o profesionales. Se puede diferenciar entre dos tipos:

- Cerco de silencio adaptativo: Esta se da cuando el paciente no desea saber información sobre su estado, lo que significa que aún no puede asimilar su situación y necesita tiempo para comprenderlo.
- Cerco de silencio des adaptativo: Esta se da cuando el paciente quiere conocer la verdad, sin embargo, es su familia la que se niega a brindar información. En este caso el paciente puede conocer su diagnóstico y no su pronóstico o simplemente desconocer totalmente su diagnóstico, pronóstico y gravedad.

En ambos casos la comunicación se ve afectada, lo cual también influye en la relación enfermero/paciente y enfermero/familia.

CAPÍTULO II

Diseño Metodológico

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es un estudio de carácter Cuantitativo-Descriptivo de corte transversal. La información obtenida fue recolectada para comprobar una hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico. Se describen los datos obtenidos realizados en un grupo específico de un determinado periodo de tiempo.

ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se llevó a cabo en el Pabellón 8B de la Clínica Médica del Hospital Español de Mendoza, ubicado en la calle Av. San Martín 965, Godoy Cruz, Mendoza.

Este Hospital cuenta con más de 60 especialidades médicas y más de 700 empleados. Abarca la atención a pacientes adultos y pediátricos, con cobertura médica o socios del mismo establecimiento.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de esta investigación es la totalidad de profesionales de enfermería del Pabellón 8B, de Clínica Médica del Hospital Español de Mendoza. De este total se tomó una muestra de 15 enfermeros.

Criterios de Inclusión: Todo personal del área de Enfermería perteneciente al Pabellón 8B correspondientes del turno mañana, tarde y noche.

Criterios de Exclusión: Personal de Enfermería suspendido o de licencia y personal con cargo jerárquico (Jefe de Servicio).

VARIABLES

- Características de la muestra.
- Nivel de conocimiento sobre Cuidados Paliativos
- Identificación de Niveles de Atención en Cuidados Paliativos.
- Entorno Familiar.
- Tipo de dolor.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo N 1

OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Identificar las características del personal de enfermería del pabellón 8B.	Características de la muestra	Edad	Especifique	Nominal
		Género	-Mujer -Hombre -No binario	
		Formación	-Enfermero Universitario -Enfermero Profesional - Lic. en enfermería -Especialidad	
		Antigüedad	-Menos de 5 años -Entre 6 y 10 años - Más de 11 años	

Objetivo N 2

OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Determinar si el personal de salud tiene el conocimiento para proporcionar cp básicos	Nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos	Conocimiento teórico sobre Cuidados Paliativos	-Concepto de CP -Concepto de Enfermedad terminal -Concepto de Situación de Agonía	Nominal
		Identificación de paciente con necesidad de CP	-Enfermedades -NECPAL	
		Conocimiento Práctico de CP	Escalas	

Objetivo N 3

OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
-Determinar si el personal de enfermería puede identificar el nivel de atención de Cuidados Paliativos que requiere el paciente, sus problemas y necesidades multidimensionales	Identificación de Niveles de Atención en CP	Nivel Primario	-Tipo de situación -Nivel de sufrimiento -Lugar de atención -Tipo de atención	Nominal
		Nivel Secundario	-Tipo de situación -Nivel de sufrimiento -Lugar de atención -Tipo de atención	
(físico, psicológico, espiritual y social).		Nivel Terciario	-Tipo de situación -Nivel de sufrimiento -Lugar de atención -Tipo de atención	

Objetivo N4

OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Identificar cuántos enfermeros saben abordar el entorno familiar del paciente con Cuidados Paliativos.	Entorno Familiar	Composición de la familia	-Siempre reconoce - Casi siempre reconoce -A veces reconoce -Rara vez reconoce -Nunca reconoce	Nominal
		Identificación de cuidador principal	-Siempre identifica - Casi siempre identifica -A veces identifica -Rara vez identifica -Nunca identifica	
		Relación Enfermero/ familiar	-Excelente -Muy buena -Buena -Regular -Le es indiferente	

Objetivo N 5

OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Establecer si el personal puede identificar y valorar el tipo de dolor que presenta un paciente	Tipo de dolor	Dolor físico/emocional con comunicación verbal	-Siempre reconoce -Casi siempre reconoce -A veces reconoce -Rara vez reconoce -Nunca reconoce	Nominal
		Dolor físico/emocional con comunicación no verbal	-Siempre reconoce -Casi siempre reconoce -A veces reconoce -Rara vez reconoce -Nunca reconoce	

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del siguiente estudio, se utilizó una encuesta anónima, la cual fue distribuida al personal del Pabellón 8B del Hospital Español de Mendoza. Se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas y de múltiples opciones para obtener la información más precisa y exacta posible.

Se utilizó una fuente de información primaria, ya que en forma directa se le brindó la encuesta al personal de enfermería de dicho hospital.

Una vez finalizada la recolección de datos, la información obtenida se presentará en forma de gráficos y tablas

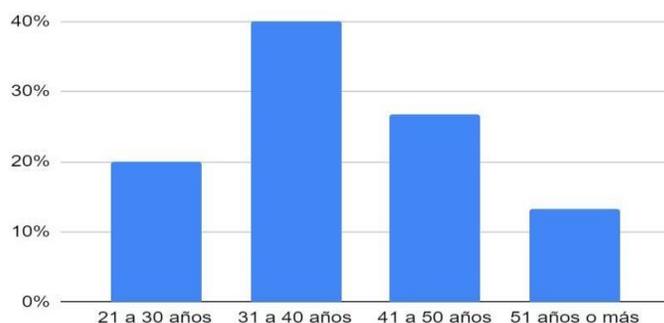
RESPUESTAS

Tabla 1: Distribución de la muestra según su edad.

Edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
21 a 30 años	3	0,2	20%
31 a 40 años	6	0,4	40%
41 a 50 años	4	0,2	27%
51 años o más	2	0,1	13%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Grafico N°1



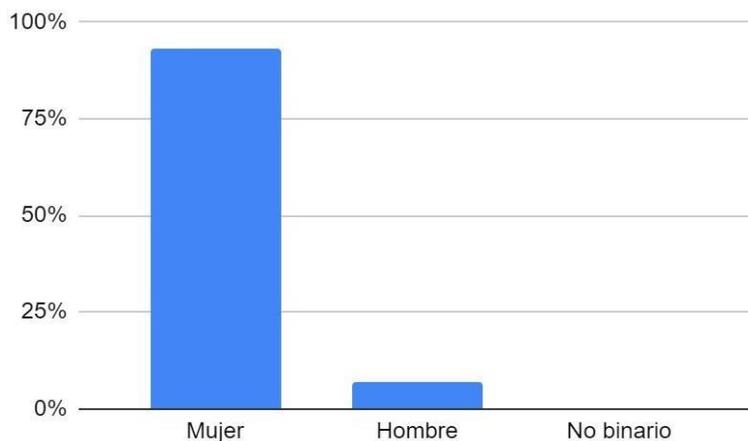
Comentario: De la muestra analizada, se puede observar que existe una prevalencia de rango etario de 31 a 40 años, representando éste el 40% de la población.

Tabla 2 Distribución de la muestra según su género.

Encuestados	15		
Género	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Mujer	14	0,9	93%
Hombre	1	0,06	7%
No binario	0	0	0%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°2



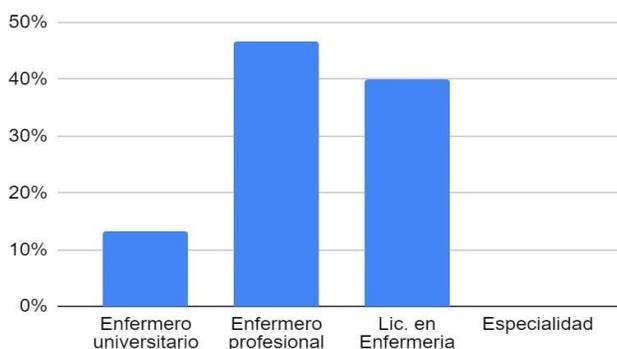
Comentario: De la muestra analizada, se puede observar que el mayor porcentaje según el género, es “MUJER” dando como resultado un 93% de la población.

Tabla 3 Distribución de la muestra según su formación académica.

Encuestados	15		
Formación	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Enfermero universitario	2	0,1	13%
Enfermero profesional	7	0,4	47%
Lic. en Enfermería	6	0,4	40%
Especialidad	0	0	0%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°3



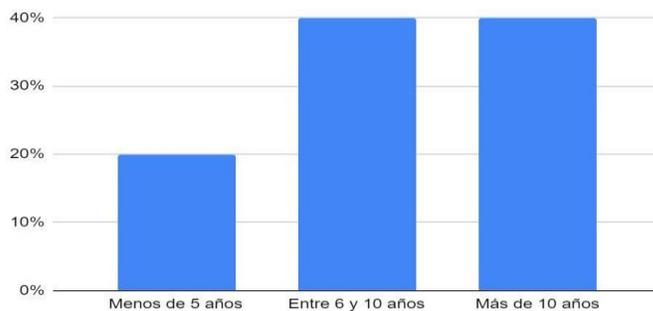
Comentario: De la muestra analizada, se observa que el rango mayor, de 47% se acredita a “Enfermeros Profesionales”, seguido del 40% del personal con Título “Lic. en Enfermería” y con el menor rango “Enfermero Universitario” con el 13% de la población. También se observa que el 0% realizó especialidades.

Tabla 4 Distribución de la muestra según sus años de experiencia.

Encuestados	15		
Años de experiencia	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Menos de 5 años	3	0,2	20%
Entre 6 y 10 años	6	0,4	40%
Más de 10 años	6	0,4	40%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°4



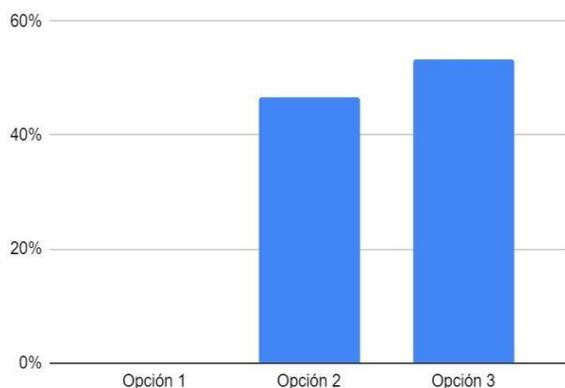
Comentario: De la muestra analizada, se observa que el 40% tiene una experiencia de más de 10 años ejerciendo Enfermería, del mismo modo, el otro 40% cuenta con experiencia de entre 6 y 10 años, dejando el rango más bajo con experiencia menor a 5 años con un porcentaje del 20% de la población.

Tabla 5 Distribución de la muestra según su respuesta a definición de CP.

Encuestados	15		
Definición CP	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Opción 1	0	0	0%
Opción 2	7	0,4	47%
Opción 3	8	0,5	53%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°5



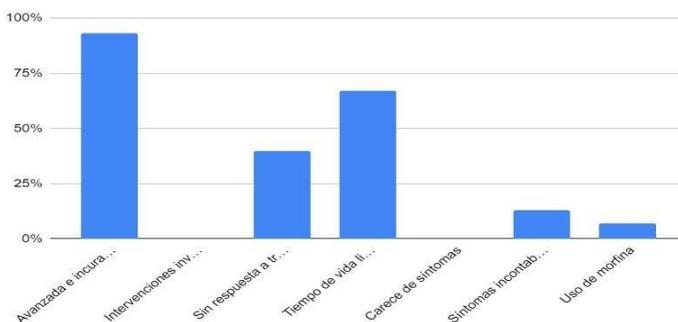
Comentario: De la muestra analizada, el 53% de la población, el cual equivale al rango mayor, define los Cuidados Paliativos como: “Los Cuidados Paliativos, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los familiares y pacientes con enfermedad terminal, en la fase final de vida.”

Tabla 6 Distribución de la muestra según su respuesta a características de enfermedad terminal.

Encuestados	15			
Características de enfermedad terminal	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje	Total
Avanzada e incurable	14	0,9	93%	14/15
Intervenciones invasivas	0	0	0%	0/15
Sin respuesta a tratamiento	6	0,4	40%	6/15
Tiempo de vida limitado	10	0,6	67%	10/15
Carece de síntomas	0	0	0%	0/15
Síntomas incontables	2	0,1	13%	2/15
Uso de morfina	1	0,06	7%	1/15

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°6



Comentario: De la muestra analizada, en una pregunta múltiple opción, se observa que, el 93% de la población define que las características de una “enfermedad terminal” son “avanzada e incurable”, el 66,7% “tiempo de vida

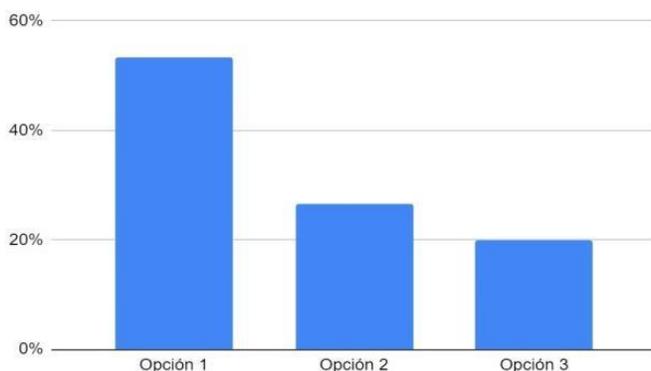
limitado”, el 40% “sin respuestas al tratamiento”, el 13,3% como “síntomas incontables” y por último el 6,7% como “uso de morfina”

Tabla 7 Distribución de la muestra según su respuesta a definición de situación de agonía.

Encuestados	15		
Definición de situación de agonía	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Opción 1	8	0,5	53%
Opción 2	4	0,2	27%
Opción 3	3	0,2	20%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°7



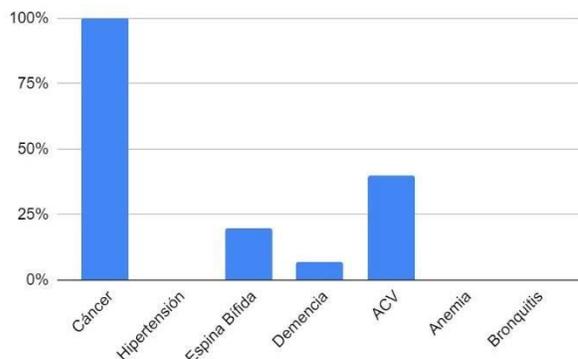
Comentario: De la muestra analizada, el 53% de la población, el cual equivale al rango mayor, considera que la definición para “Situación de Agonía” es la Opción 1 “Fase previa a la muerte caracterizada por la presencia de deterioro psicofísico del organismo y sus funciones, angustia que se presenta dos o tres días antes de la muerte.”

Tabla 8 Distribución de la muestra según las opciones seleccionadas para patologías que requieren cuidados paliativos.

Encuestados	15			
Patologías que requieren cuidados paliativos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje	Total
Cáncer	15	1	100%	15/15
Hipertensión	0	0	0%	0/15
Espina Bífida	3	0,2	20%	3/15
Demencia	1	0,06	7%	1/15
ACV	6	0,4	40%	6/15
Anemia	0	0	0%	0/15
Bronquitis	0	0	0%	0/15

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°8



Comentario: De la muestra analizada, en una pregunta múltiple opción sobre enfermedades que requieren Cuidados Paliativos, el 100% de la población optó por “cáncer”, el 40% por “ACV”, el 20% por “espina bífida” y por último con el menor rango, el 6,7% por “demencia”.

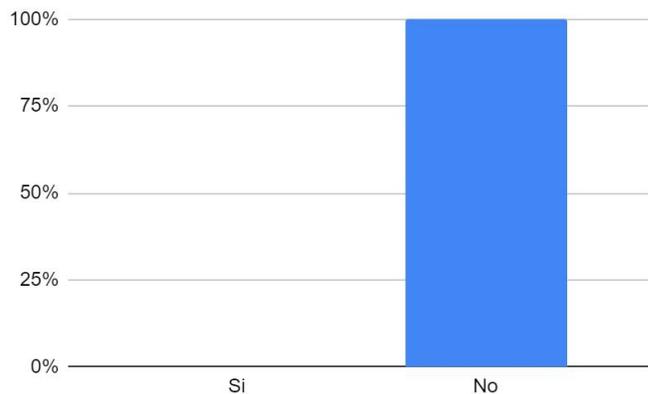
por “espina bífida” y por último con el menor rango, el 6,7% por “demencia”.

Tabla 9 Distribución de la muestra según su respuesta sobre la encuesta NECPAL.

Encuestados	15		
Conoce la encuesta NECPAL	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Si	0	0	0%
No	15	1	100%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°9



Comentario: De la muestra obtenida, se observa que el total de la población, con el 100% no conoce sobre la Encuesta

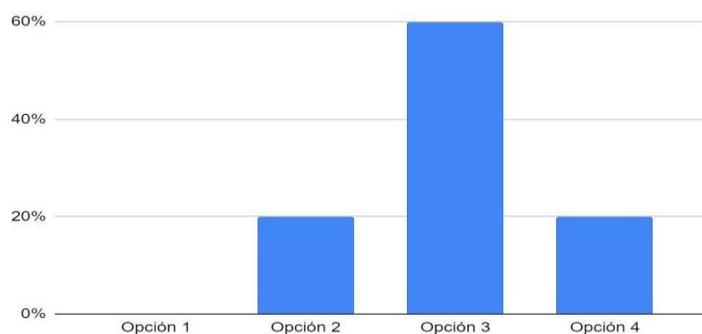
NECPAL.

Tabla 10 Distribución de la muestra según su respuesta a definición de genograma.

Encuestados	15		
Definición de genograma	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
Opción 1	0	0	0%
Opción 2	3	0,2	20%
Opción 3	9	0,6	60%
Opción 4	3	0,2	20%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°10



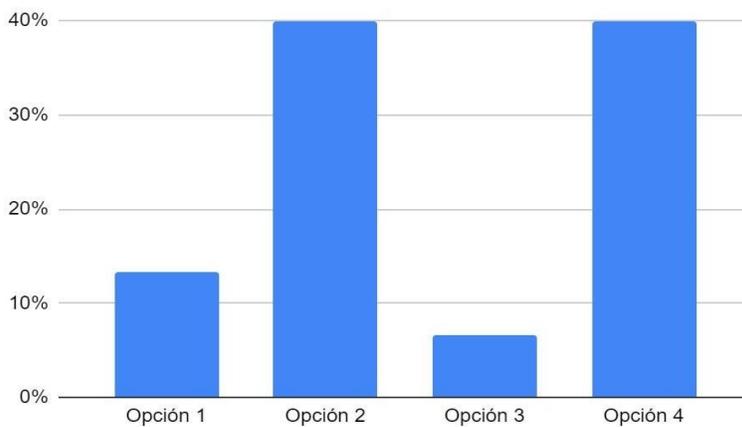
Comentario: De la muestra analizada, se observa que el 60% de los profesionales, el cual equivale al mayor rango, define que un “Genograma” estudia la “Composición de la familia (tres o más generaciones)” situada como Opción n°3.

Tabla 11 Distribución de la muestra según su respuesta a definición de ESAS

Encuestados	15		
Definición de ESAS	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Opción 1	2	0,1	13%
Opción 2	6	0,4	40%
Opción 3	1	0,06	7%
Opción 4	6	0,4	40%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°11



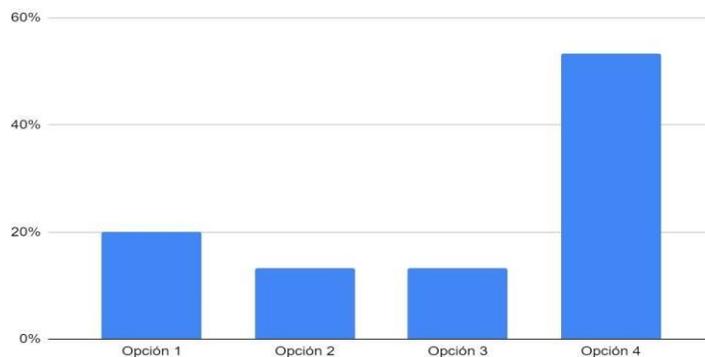
Comentario: De la muestra analizada, se observa que el 40% de los profesionales, define que la escala “ESAS” es una “Escala numérica para la intensidad de síntomas” situada como Opción n°2, mientras otro 40% refiere que “Desconoce” el significado de estas, situado como Opción n°4.

Tabla 12 Distribución de la muestra según su respuesta a definición de Karnofsky

Encuestados	15		
Definición de Karnofsky	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Opción 1	3	0,2	20%
Opción 2	2	0,1	13%
Opción 3	2	0,1	13%
Opción 4	8	0,5	53%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°12



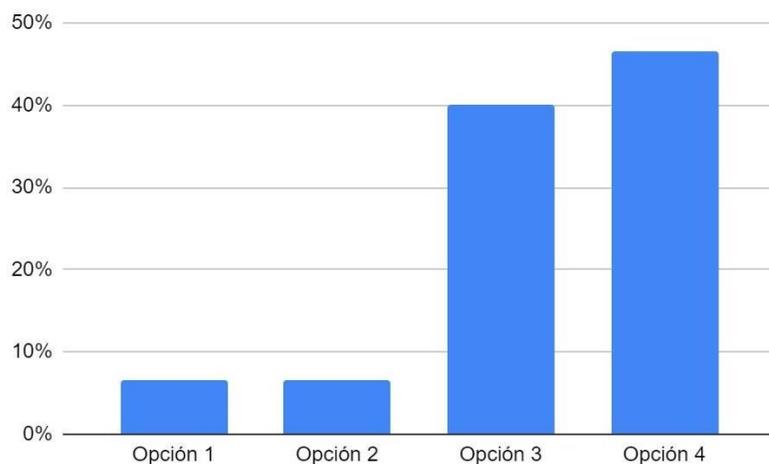
Comentario: De la muestra analizada, se observa que el 54% de los profesionales, el cual equivale al rango mayor, refiere que “desconoce” qué evalúa la escala de Karnofsky, situado en la opción n°4.

Tabla 13 Distribución de la muestra según su respuesta a definición de Barthel

Definición de escala Barthel	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Opción 1	1	0,06	7%
Opción 2	1	0,06	7%
Opción 3	6	0,4	40%
Opción 4	7	0,4	47%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°13



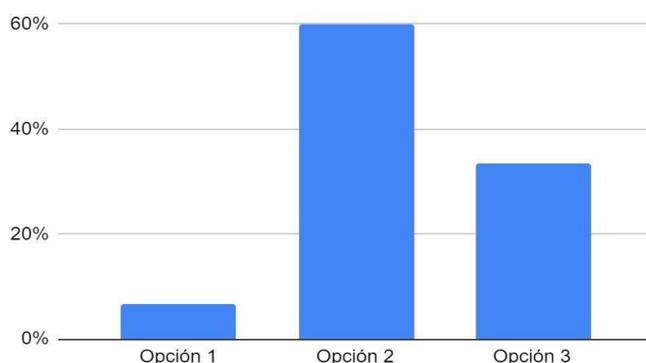
Comentario: De la muestra analizada, se observa que el 46% de los profesionales, el cual equivale al rango mayor, refiere que “desconoce” qué evalúa la escala de Barthel, situada como opción n°4.

Tabla 14 Distribución de la muestra según su respuesta a definición de Nivel Primario de Atención en CP.

Encuestados	15		
Nivel Primario de atención en CP	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Opción 1	1	0,06	7%
Opción 2	9	0,6	60%
Opción 3	5	0,33	33%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°14



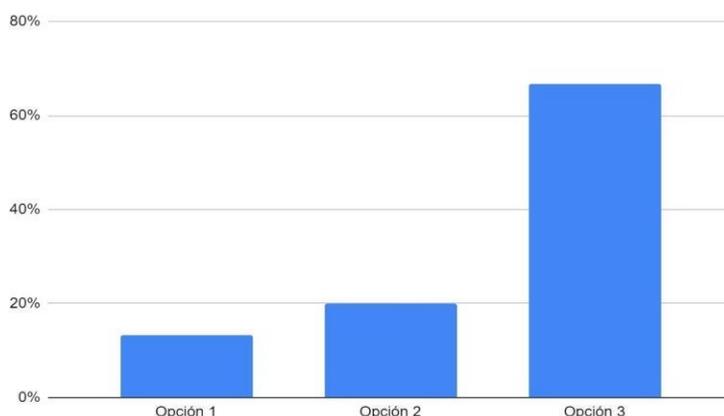
Comentario: De la muestra analizada, el 60% de los profesionales, siendo éste el rango mayor, definen el “Nivel Primario de atención de Cuidados Paliativos” como la Opción n°2 “Situación simple, paciente con sufrimiento leve, atención domiciliaria, requiere atención con personal con conocimiento básico en CP”

Tabla 15 Distribución de la muestra según su respuesta a definición de Nivel Secundario de Atención de CP.

Encuestados	15		
Nivel Secundario de atención en CP	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Opción 1	2	0,13	13%
Opción 2	3	0,2	20%
Opción 3	10	0,67	67%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°15



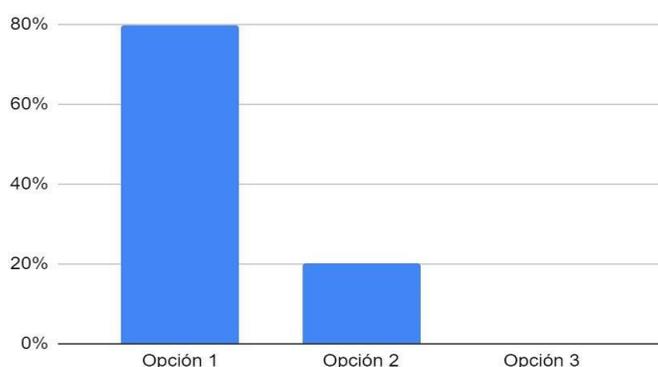
Comentario: De la muestra analizada, el 67% de los profesionales, siendo éste el rango mayor, definen el “Nivel Secundario de atención de Cuidados Paliativos” como la Opción n°3 “Situación compleja, paciente con sufrimiento moderado, atención ambulatoria, requiere atención con personal especializado en CP.”

Tabla 16 Distribución de la muestra según se respuesta a definición de Nivel Terciario de Atención de CP.

Encuestados	15		
Nivel Terciario de atención en CP	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Opción 1	12	0,8	80%
Opción 2	3	0,2	20%
Opción 3	0	0	0%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°16



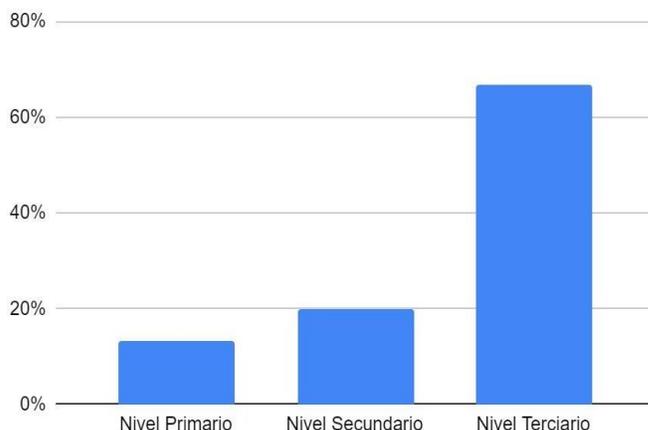
Comentario: De la muestra analizada, el 80% de los profesionales, siendo éste el rango mayor, definen el “Nivel Terciario de atención de Cuidados Paliativos” como la Opción n°1 “Situación complicada, paciente con sufrimiento intenso, necesita internación, requiere el seguimiento de personal especializado y completo en CP”.

Tabla 17 Distribución de la muestra según sus respuestas hacia el primer caso médico presentado.

Encuestados	15		
Caso N°1	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Nivel Primario	2	0,13	13%
Nivel Secundario	3	0,2	20%
Nivel Terciario	10	0,67	67%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°17



Comentario: De la muestra analizada, al presentarle un caso clínico, el 67% de los profesionales determinaron que dicho caso se refería a la Opción n° 3 “Nivel terciario de Atención de Cuidados Paliativos”.

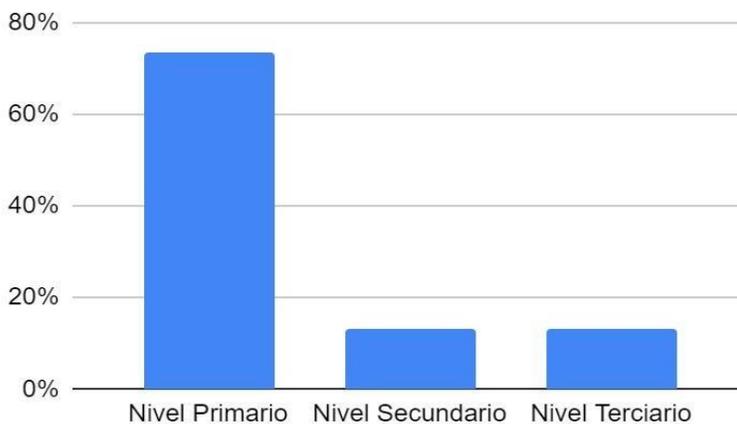
Tabla 18 Distribución de la muestra según sus respuestas hacia el segundo caso médico presentado.

Encuestados	15		
-------------	----	--	--

Caso N°2	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Nivel Primario	11	0,74	74%
Nivel Secundario	2	0,13	13%
Nivel Terciario	2	0,13	13%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°18



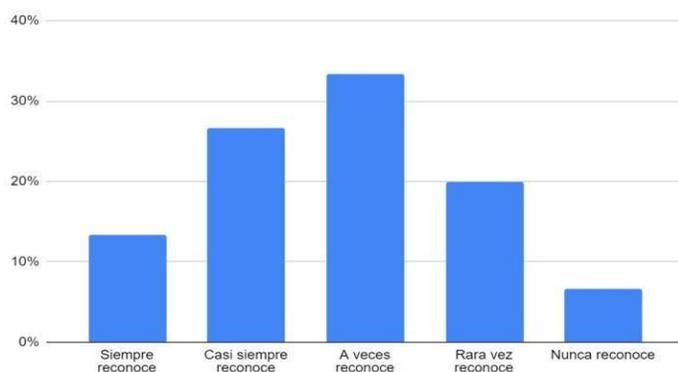
Comentario: De la muestra analizada, al presentarle un caso clínico, el 74% de los profesionales determinaron que dicho caso se refería a la Opción n° 1 “Nivel primario de Atención de Cuidados Paliativos”.

Tabla 19 Distribución de la muestra según su respuesta sobre reconocimiento de composición de la familia de sus pacientes

Encuestados	15		
Composición de la Familia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Siempre reconoce	2	0,13	13%
Casi siempre reconoce	4	0,27	27%
A veces reconoce	5	0,33	33%
Rara vez reconoce	3	0,2	20%
Nunca reconoce	1	0,07	7%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°19



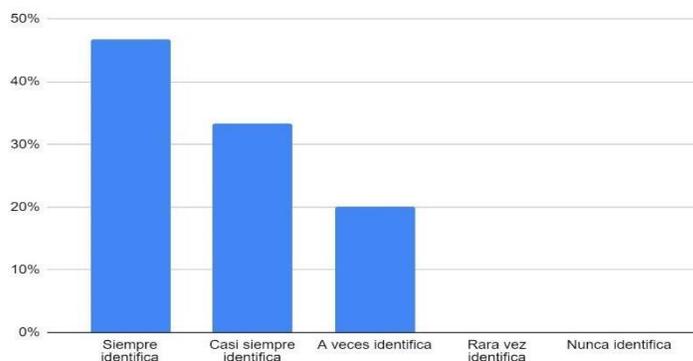
Comentario: De la muestra analizada, se observa que el 33% de los profesionales, siendo éste el mayor rango, refiere que “A veces reconoce” la composición de la familia de sus pacientes.

Tabla 20 Distribución de la muestra según su respuesta sobre identificación de Cuidador Principal de sus pacientes

Encuestados	15		
Identificación de Cuidador Principal	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Siempre identifica	7	0,47	47%
Casi siempre identifica	5	0,33	33%
A veces identifica	3	0,2	20%
Rara vez identifica	0	0	0%
Nunca identifica	0	0	0%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°20



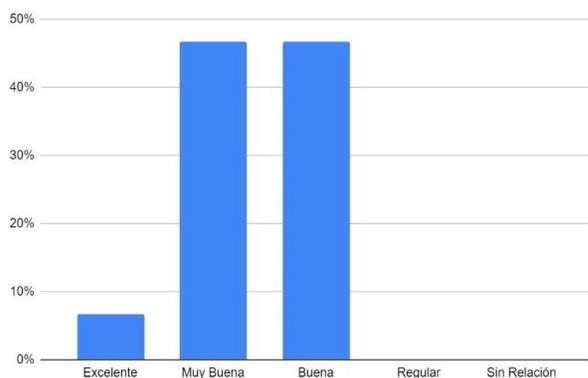
Comentario: De la muestra analizada, el 47% de los profesionales, siendo éste el rango mayor, “siempre identifica” al cuidador principal de sus pacientes.

Tabla 21 Distribución de la muestra según su respuesta sobre relación con la familia de sus pacientes.

Encuesta	15		
Relación con la Familia de paciente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Excelente	1	0,06	6%
Muy Buena	7	0,47	47%
Buena	7	0,47	47%
Regular	0	0	0%
Sin Relación	0	0	0%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°21



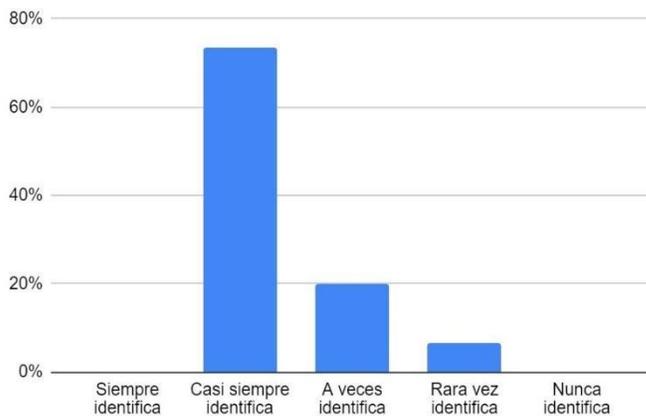
Comentario: De la muestra analizada, se observa que el 47% de los profesionales refieren una “Muy buena” relación con la familia de sus pacientes, al igual que el otro 47% el cual menciona una “Buena” relación con los mismos.

Tabla 22 Distribución de la muestra según su respuesta sobre la identificación de dolor emocional o físico.

Encuestados	15		
Identifica Dolor emocional o físico	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje
Siempre identifica	0	0	0%
Casi siempre identifica	11	0,73	73%
A veces identifica	3	0,2	20%
Rara vez identifica	1	0,07	7%
Nunca identifica	0	0	0%
Total	15	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°22



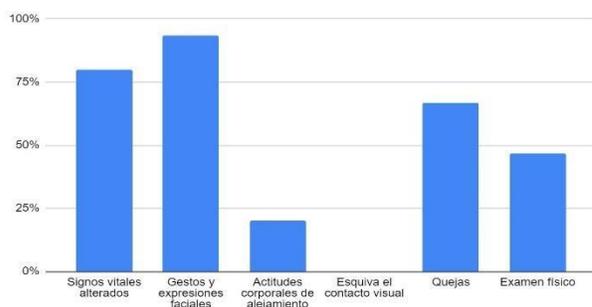
Comentario: De la muestra analizada, se observa que el 74% de los profesionales refieren que “casi siempre identifica” cuando el paciente expresa dolor emocional o físico.

Tabla 23 Distribución de la muestra según su respuesta sobre signos que determinan que un paciente siente dolor.

Encuestados	15			
Signos determinantes	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Porcentaje	Total
Signos vitales alterados	12	0,8	80%	12/15
Gestos y expresiones faciales	14	0,93	93%	14/15
Actitudes corporales de alejamiento	3	0,2	20%	3/15
Esquiva el contacto visual	0	0	0%	0/15
Quejas	10	0,67	67%	10/15
Examen físico	7	0,47	47%	7/15

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°23



Comentario: De la muestra analizada, en una pregunta múltiple opción sobre los signos que determinan que un paciente tiene dolor, el 100% lo identifica mediante “gestos y expresiones faciales”, el 73,3% por “signos vitales alterados”,

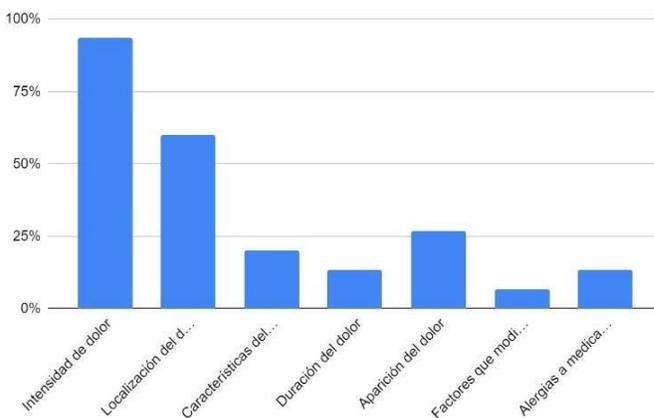
el 66,7% por “quejas”, el 46,7% mediante un “examen físico” y por último siendo el menor rango, el 20% lo identifica por “actitudes corporales de alejamiento”.

Tabla 24 Distribución de la muestra según su respuesta sobre la comunicación verbal con respecto al dolor.

Encuestados	15	Respondieron	14	
Comunicación verbal	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje	Total
Intensidad de dolor	14	0,93	93%	14/15
Localización del dolor	9	0,6	60%	9/15
Características del dolor	3	0,2	20%	3/15
Duración del dolor	2	0,13	13%	2/15
Aparición del dolor	4	0,27	27%	4/15
Factores que modifican	1	0,07	7%	1/15
Alergias a medicaciones	2	0,13	13%	2/15

Fuente: Datos obtenidos por las autoras mediante una encuesta realizada en septiembre-octubre del 2022 a los enfermeros del Pabellón 8B, de Clínica Médica, del Hospital Español de Mendoza.

Gráfico N°24



Comentario: De la muestra analizada, en una pregunta a completar qué características son importante preguntarle al paciente cuando éste refiere dolor, determinan que el 93% consulta al paciente sobre la intensidad del dolor, en el caso de la localización del dolor, se obtuvo un 60%, un 27% de los profesionales pregunta sobre la aparición del dolor, un 20% identifica las características del dolor, mientras que un 13% preguntan sobre la duración del dolor y alergias a medicamentos. Finalmente, un 7% consultan al paciente los factores que modifican el dolor.

CAPÍTULO III

Resultado, discusión y propuesta

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el siguiente apartado se analizarán los resultados obtenidos mediante las encuestas realizadas en esta investigación.

Se observa que el 40% de la muestra analizada corresponde a la edad entre 31 a 40 años, lo cual indica una población joven. A su vez, se demuestra una gran prevalencia de personal de sexo femenino, siendo este un 93% de la población superando casi en su totalidad al sexo masculino el cual tuvo como resultado un 7%.

Correspondiente a la formación académica, se encuentra que la mayoría del personal cuenta con un título de “Enfermero Profesional” representando el 47% de la población, un 40% “Licenciado en Enfermería” y un 13% “Enfermero Universitario”, a su vez refleja que ningún personal entrevistado cuenta con especializaciones.

En cuanto a la experiencia en la práctica de enfermería se determinó que la mayor parte del personal cuenta con más 6 (seis) años de experiencia, arrojando resultados como: experiencia menor a 5 (cinco) años representado por el 20% de la muestra, experiencia entre 6 (seis) y 10 (diez) años representado por un 40% y por último experiencia mayor a 10 (diez) años representado por otro 40% de los profesionales.

En la encuesta se realizó una pregunta múltiple opción sobre la definición de Cuidados Paliativos, donde más de la mitad de los profesionales, representando este el 53% de la población consideró correcta la opción n°3 “Los Cuidados Paliativos, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los familiares y pacientes con enfermedad terminal, en la fase final de vida.” Y a su vez, un total del 47% restante consideró correcta la definición de la opción n°2 “Los Cuidados Paliativos, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los familiares y

pacientes con enfermedad terminal cualquiera sea su fase.” A pesar de que no hay una definición específica sobre los CP, se considera la Opción n°2 como la más acertada ya que abarca conceptos importantes y característicos de dichos cuidados. Dejando a la vista que poco menos de la mitad de la población acertó en la respuesta, aún así, no se considera que el personal que formó parte del 47% conozca ampliamente el tema ya que al ser una pregunta con 3 (tres) opciones no se puede determinar que el personal haya respondido por conocimiento o por descarte.

Ante la pregunta sobre características de “enfermedad terminal” se les indicó a los profesionales elegir más de una opción, donde se obtuvieron los siguientes resultados. De la muestra total, la cual fueron 15 (quince) profesionales de enfermería, se determinó que el 93% de la población considera la enfermedad terminal como “avanzada e incurable”, un 67% opta por la característica de “tiempo de vida limitado”, el 40% la considera como “sin respuestas al tratamiento”, un 13% refiere que una característica de esta enfermedad se basa en “síntomas incontables”, por último solo el 6%, equivaliendo a solo una persona, considera como característica principal de una enfermedad terminal el “uso de morfina”. Tanto la respuesta “Intervenciones invasivas” y “carece de síntomas” no fueron seleccionadas por ningún encuestado. En tanto a dichas respuesta, las únicas dos respuestas que nos fueron elegidas y una respuesta que fue seleccionada por solo un enfermero (uso de morfina) son consideradas incorrectas, por lo cual se puede determinar que los profesionales tienen un criterio sobre enfermedad terminal bastante acertado.

Al preguntar sobre la definición de “situación de agonía”, se brindó tres posibles opciones, de las cuales, el 53% de la muestra analizada concluyó que la opción n°1 era la acertada, siendo “Fase previa a la muerte caracterizada por la presencia de deterioro psicofísico del organismo y sus funciones, angustia que se presenta dos o tres días antes de la muerte.”. El 27% consideró la opción n°2 como correcta “Fase previa a la muerte caracterizada por la presencia de deterioro físico del organismo y sus funciones, angustia que se presenta semanas antes de la muerte.” Por último,

el 20% de los profesionales optaron por la opción n°3 “Fase previa a la muerte caracterizada por la presencia de deterioro psicofísico del organismo y sus funciones, angustia que se presenta horas antes de la muerte.” Se considera correcta la opción n°1 y a pesar de que el 53% de la muestra acertó la respuesta, no se puede demostrar que los profesionales hayan respondido por conocimiento o por descarte.

Sobre patologías que requieren cuidados paliativos, se realizó una pregunta en la cual el personal podría responder con más de una opción. En esta se definió que, el 100% concluyó que el “cáncer” requería de CP, el 40% consideró que “ACV” también los necesita, el 20% optó también por “espina bífida” y el 6% por “demencia”, sin embargo, opciones como “hipertensión”, “anemia” y “bronquitis” no fueron seleccionadas por ningún entrevistado. Se observa que tres respuestas no fueron elegidas, estas justamente no pertenecen a las patologías que entran en la categoría de cuidados paliativos. A pesar de que algunas de las opciones obtuvieron un porcentaje bajo, se determina que el personal tiene un leve conocimiento sobre los requerimientos para recibir CP.

Al seguir con la indagación, se preguntó al personal si conocían la “encuesta NECPAL”, un instrumento de valoración de la necesidad de cuidados paliativos, en la que se obtuvo como resultado que una totalidad del 100% no conoce dicho instrumento.

En cuanto a la definición de “genograma” se brindan 4 (opciones), donde se determinó que el 60% de la muestra optó por la opción n°3 “Composición de la familia (tres o más generaciones)” por otro lado la opción n°2 fue elegida por el 20% del personal siendo “Composición de la familia (últimas dos generaciones)” mientras que otro 20% determinó que “desconoce” la definición. En dicha pregunta, se considera correcta la opción n°3, por lo que se establece que 9 de 15 personas entrevistadas conocen el significado de dicho instrumento y 3 de ellas asumen su desconocimiento.

En la pregunta número 11, se indaga sobre el conocimiento de la escala “ESAS”

donde se obtienen los siguientes resultados. El 40% de la muestra optó por la opción n°4, demostrando que “desconoce” sobre dicha escala, otro 40% eligió la respuesta n° 2 “Escala numérica para la intensidad de síntomas” la cual es considerada correcta. Por otro lado, un 13% prefirió la opción n°1 “Escala numérica para la intensidad del dolor” y otro 7% la opción n°3 “Escala numérica para la intensidad de incomodidades”. Se obtuvieron respuestas distribuidas y confiando en la sinceridad de los profesionales al elegir las opciones, se determina que sólo 6 de 15 profesionales conocen la nombrada escala y otros 6 desconocen su uso.

La siguiente pregunta consistió en determinar el conocimiento sobre la escala “Karnofsky”, donde el 53% de la muestra respondió que “desconoce” la misma, un 20 % por otro lado optó por la opción n°1 “Evalúa la capacidad funcional en diferentes dimensiones”, el 13% por la opción n°2 “Evalúa la capacidad de movilidad del paciente” y otro 13% la opción n°3 “Evalúa la capacidad nutricional del paciente”. Se observa que más de la mitad de la población desconoce sobre dicha escala y solo 3 de 15 entrevistados eligieron la opción n°1, la cual en este caso es correcta.

Se indaga también en los conocimientos sobre la escala de Barthel, donde el 47% de los entrevistados “desconocen” la misma, 40% elige la opción n°3 “Evalúa la independencia del paciente para actividades básicas”, un 7% toma la opción n°2 “Evalúa la capacidad de alimentación y movilidad del paciente” y otro 7% la opción n°1 “Evalúa la capacidad cognitiva del paciente”. Es notoria la variedad de respuestas, esto no puede determinar el conocimiento certero de los profesionales, considerando la opción n° 3 como correcta.

Luego de evaluar las escalas, se realizan preguntas para determinar el conocimiento sobre los niveles de atención que existen en Cuidados Paliativos. Al exponer 3 posibles respuestas sobre el Nivel Primario de atención, se obtienen estos resultados. El 60% de la población acierta optando por la opción n°2 “Situación simple, paciente con sufrimiento leve, atención domiciliaria, requiere atención con personal con conocimiento básico en CP”. Un 33% contestó con la opción n°3 y el 7% con la opción n°1. Siguiendo con las preguntas, se indaga el

conocimiento sobre el Nivel Secundario de atención, donde el 67% responde correctamente al seleccionar la opción n°3 “Situación compleja, paciente con sufrimiento moderado, atención ambulatoria, requiere atención con personal especializado en CP” y para el Nivel Terciario de atención, mejorando el porcentaje, un 80% del personal determinó que la opción n°1 era la correcta “Situación complicada, paciente con sufrimiento intenso, necesita internación, requiere el seguimiento de personal especializado y completo en CP”. Se puede observar que al pasar las preguntas se nota una mejoría en los aciertos a sus respuestas, demostrando que las personas que respondieron mal la primera pregunta pudieron comprender los niveles y mejorar sus respuestas en las dos siguientes.

Se presentan dos casos clínicos para corroborar los resultados de las anteriores 3 preguntas, el primer caso obtuvo como resultado el 67% de acierto en las respuestas elegidas como opción n°3 “Nivel terciario de atención” ya que el paciente nombrado en el caso se encontraba en una situación compleja que requería internación. En el siguiente caso, mejorando, el 73% de la muestra acertó al optar por la opción n°1 “Nivel primario de atención” en la cual se sitúa un paciente que solo requiere atención ambulatoria. Se puede observar como baja el porcentaje de conocimiento sobre qué tipo de atención se requiere en cada nivel cuando se presenta un caso particular.

Siguiendo con la encuesta, se pregunta al personal si reconoce la composición de la familia de sus pacientes en su lugar de trabajo, donde se determinó que un 33% de los profesionales “a veces reconoce”, un 27% refiere que “casi siempre reconoce”, el 20% “rara vez reconoce”, por otro lado el 13% “siempre reconoce” la composición de la familia y otro 7% “nunca reconoce” dejando en evidencia que no todo el personal está atento a este tipo de información, ya sea por falta de tiempo, alta demanda de pacientes o por desinterés. A pesar de los resultados, al preguntar sobre la identificación del Cuidador Principal de sus pacientes, se determinó que el 47% de los enfermeros “siempre identifica” al cuidador, el 33% “casi siempre identifica” y un 20% “a veces identifica”, mejorando los valores de la anterior pregunta. Esto significa que a pesar de no tener un exacto genograma o

familiograma de cada paciente, el personal si puede identificar al cuidador principal de cada uno de ellos, siendo ésta una persona esencial para los enfermos. Siguiendo con la familia de los pacientes, se le pregunta al personal como es su relación con la misma, respondiendo un 47% como “Muy buena”, otro 47% como “buena” y por último un 7% como “excelente”. Dejando a la vista una relación agradable entre enfermero-familia-paciente.

Relacionado con el paciente y sus necesidades, ante la pregunta al personal sobre si pueden identificar, cuando un paciente refiere “dolor”, si éste es un dolor físico o emocional, se obtuvieron los siguientes resultados. El 73% respondió que “casi siempre identifica”, un 20% refiere que “a veces identifica” y por último un 7% que “rara vez lo identifica”.

Luego se realiza una pregunta múltiple opción, donde cada encuestado puede elegir más de una opción, dicha pregunta está relacionada con los signos que determinan que un paciente siente dolor de manera no verbal, donde el 80% del personal optó por “signos vitales alterados” un total de 12 de 15 encuestados, ante la segunda opción “gestos y expresiones faciales” se obtuvo un 93% lo cual equivale a 14 de 15 personas, siguiendo con las opciones ante “actitudes corporales de alejamiento” solo el 20% del personal la seleccionó, a pesar de que dicha opción es más probable en un paciente con miedo que con dolor. Ante la respuesta “esquiva contacto visual” no fue elegida por ninguno de los encuestados. Por otro lado, un total de 67% del personal optó por la opción “quejas” como un signo que determina dolor en el paciente y un 47% siendo este 7 de 15 personas determinan que el “examen físico” también forma parte de dichos signos.

Para terminar la encuesta se realizó una pregunta abierta donde se preguntó a los enfermeros que le preguntaría a su paciente si este le dijera que tiene dolor. Se recaudaron todas las respuestas y se las vinculó a ciertos criterios. Cabe destacar que en ésta pregunta respondieron 14 de 15 personas encuestadas. Se observó que 93% de la muestra opina que preguntar la “intensidad del dolor” es esencial, ante “localización del dolor” un total del 60% la nombraron, por otro lado la

aparición del dolor” fue nombrada por el 27% de los enfermeros, el 20% creyó importante determinar las “características del dolor”, el 13% consideró preguntar sobre la “duración del dolor”, ante “alergias a medicaciones” solo fue nombrada por un 13%, y por último, a pesar de solo ser nombrada por un 7% del total de encuestados, equivaliendo a 1 de 15 enfermeros, “factores que modifican el dolor” es una de las preguntas más importantes que debe realizarse a un paciente que refiere dolor

PROPUESTA

Con los resultados obtenidos se propone lo siguiente:

- Capacitación para el personal de enfermería sobre cuidados paliativos básicos.
- Implementar el uso de escalas para detectar el paciente que requiere de cuidados paliativos y así poder mejorar la calidad de atención.
- Fomentar el proceso comunicativo para entender la perspectiva del profesional, familia y paciente, lo cual contribuye a la comprensión y favorece la creación de relaciones.

Otra propuesta, fuera del servicio hospitalario, es la implementación de cursos diseñados para los estudiantes de enfermería con respecto a la formación en cuidados paliativos, esto ayudaría a derribar los mitos que se tienen sobre dichos cuidados.

APÉNDICE Y ANEXOS

ENCUESTA

Cuidados Paliativos

El siguiente cuestionario forma parte de un estudio de investigación de grado de la Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.

Los datos que se recaudarán son estrictamente confidenciales y anónimos. El objetivo del estudio es estrictamente académico.

Le agradecemos el tiempo que se tome para contestar, y le solicitamos lo haga responsablemente con sinceridad. Muchas gracias.

¿Qué edad tiene?

.....

¿Con qué género se identifica?

- Femenino
- Masculino
- No binario

¿Qué formación académica tiene?

- Enfermero profesional
- Enfermero universitario
- Licenciado en Enfermería
- Especialidades

¿Cuántos años lleva ejerciendo como enfermero?

- Menos de 5 años
- 6 a 10 años
- Más de 11 años

¿Qué opción considera correcta para la definición de Cuidados Paliativos?

- Los Cuidados Paliativos, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los familiares y pacientes oncológicos en la fase final de vida.
- Los Cuidados Paliativos, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los familiares y pacientes con enfermedad terminal cualquiera sea su fase.
- Los Cuidados Paliativos, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los familiares y pacientes con enfermedad terminal, en la fase final de vida.

¿Qué características considera que definen una enfermedad terminal? (Elija las que considera correctas)

- Avanzada e incurable
- Intervenciones invasivas
- Sin respuesta a tratamiento
- Tiempo de vida limitado
- Carece de síntomas
- Síntomas incontables
- Uso de morfina

¿Qué opción considera correcta para la definición de situación de agonía?

- Fase previa a la muerte caracterizada por la presencia de deterioro psicofísico del organismo y sus funciones, angustia que se presenta dos o tres días antes de la muerte.
- Fase previa a la muerte caracterizada por la presencia de deterioro físico del organismo y sus funciones, angustia que se presenta semanas antes de la muerte.
- Fase previa a la muerte caracterizada por la presencia de deterioro psicofísico del organismo y sus funciones, angustia que se presenta horas antes de la muerte.

¿Qué patologías requieren cuidados paliativos? (Elija las que considera correctas)

- Cáncer.
- Hipertensión
- Espina bífida
- Demencia
- ACV
- Anemia
- Bronquitis

¿Conoce la encuesta NECPAL?

- SI
- NO

¿Qué conocimientos brindan las siguientes escalas?

Genograma

- Edad de pacientes

- Composición de familia (dos últimas generaciones)
- Composición de familia (tres o más generaciones)
- Desconoce

ESAS

- Escala numérica para la intensidad del dolor
- Escala numérica para la intensidad de síntomas
- Escala numérica para la intensidad de incomodidad
- Desconoce

KARNOFSKY

- Evalúa la capacidad funcional en diferentes dimensiones.
- Evalúa la capacidad de movilidad del paciente
- Evalúa la capacidad nutricional del paciente.
- Desconoce

BARTHEL

- Evalúa la capacidad cognitiva del paciente
- Evalúa la capacidad de alimentación y movilidad del paciente
- Evalúa la independencia del paciente para actividades básicas.
- Desconoce

¿Cuál de las siguientes definiciones pertenece al “Nivel primario de atención” en Cuidados Paliativos?

- Situación complicada, paciente con sufrimiento intenso, necesita internación, requiere el seguimiento de personal especializado y completo en CP.

- Situación simple, paciente con sufrimiento leve, atención domiciliaria, requiere atención con personal con conocimiento básico en CP.
- Situación compleja, paciente con sufrimiento moderado, atención ambulatoria, requiere atención con personal especializado en CP.

¿Cuál de las siguientes definiciones pertenece al “Nivel secundario de atención” en Cuidados Paliativos?

- Situación complicada, paciente con sufrimiento intenso, necesita internación, requiere el seguimiento de personal especializado y completo en CP.
- Situación simple, paciente con sufrimiento leve, atención domiciliaria, requiere atención con personal con conocimiento básico en CP.
- Situación compleja, paciente con sufrimiento moderado, atención ambulatoria, requiere atención con personal especializado en CP.

¿Cuál de las siguientes definiciones pertenece al “Nivel terciario de atención” en Cuidados Paliativos?

- Situación complicada, paciente con sufrimiento intenso, necesita internación, requiere el seguimiento de personal especializado y completo en CP.
- Situación simple, paciente con sufrimiento leve, atención domiciliaria, requiere atención con personal con conocimiento básico en CP.
- Situación compleja, paciente con sufrimiento moderado, atención ambulatoria, requiere atención con personal especializado en CP.

A continuación, presentaremos dos casos donde deberá determinar en qué nivel

de cuidados paliativos se encuentra dicho paciente.

- 1- Paciente masculino de 40 años, con diagnóstico de enfermedad hepática en etapa terminal, consulta en la guardia del hospital refiriendo los siguientes síntomas: dolor intenso en cuadrante superior derecho (8/10), náuseas y pérdida del apetito. Se puede observar que presenta ictericia generalizada,

inflamación abdominal y hematomas, el paciente se encuentra hipotenso y presenta taquicardia ¿En qué nivel de atención cree usted que se encuentra este paciente?

- Nivel primario
- Nivel secundario
- Nivel terciario

2- Paciente femenina de 65 años, con un diagnóstico reciente de EPOC, consulta en la guardia del hospital refiriendo leve opresión en el pecho y tos. Usted realiza un control de signos vitales: sat 93%, FC: 94 x', FR: 18 x', T/A 130/90 mmHg, T° 36,7°, realiza un electrocardiograma, que se observa normal y se auscultan sibilancias. Al momento de la entrevista la paciente refiere sentirse angustiada y que no ha podido comenzar su tratamiento por falta de medicación. ¿En qué nivel de atención cree usted que se encuentra este paciente?

- Nivel primario
- Nivel secundario
- Nivel terciario

En su área de trabajo:

¿Reconoce usted la composición de la familia de su paciente?

- Siempre reconoce
- Casi siempre reconoce
- A veces reconoce
- Rara vez reconoce
- Nunca reconoce

¿Puede identificar al cuidador principal?

- Siempre Identifica
- Casi siempre identifica
- A veces identifica
- Rara vez identifica
- Nunca identifica

¿Cómo considera su relación con la familia del paciente?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Sin relación

Cuando un paciente presenta dolor:

¿Puede identificar si el dolor es emocional o físico?

- Siempre Identifica
- Casi siempre Identifica
- A veces identifica
- Rara vez identifica
- Nunca identifica

En la comunicación no verbal, ¿qué signos considera que son importantes para determinar que un paciente siente dolor? (Elija las que considere correctas)

- Signos vitales alterados
- Gestos o expresiones faciales
- Actitudes corporales de alejamiento
- Esquiva el contacto visual
- Quejas
- Examen físico

En la comunicación verbal ¿Qué características considera importante preguntarle al paciente cuando éste refiere dolor, para elegir un tratamiento adecuado?

Escriba 3

TABLA MATRIZ

N°	P1	P2	P3	P4	P5	P6						P7	P8						P9	P10	P11	P12	
						P6.	P6.	P6.	P6.	P6.	P6.		P8.	P8.	P8.	P8.	P8.	P8.					
1	1	1	2	1	2	1		1	1		1		2	1		1		1		2	3	4	4
2	3	1	1	3	2				1				2	1			1	1		2	4	3	4
3	2	1	3	2	3	1		1				1	1	1			1		2	3	2	1	
4	4	1	3	3	2	1							1	1			1		2	3	2	4	
5	1	1	3	1	3	1			1				3	1			1		2	3	1	3	
6	1	1	2	1	3	1			1				1	1		1	1		2	3	2	3	
7	2	1	2	2	2	1							2	1					2	2	4	4	
8	2	2	2	3	3	1		1	1				1	1					2	3	2	1	
9	3	1	1	2	3	1			1				2	1					2	3	1	2	
10	2	1	3	3	3	1		1	1		1		1	1					2	4	4	4	
11	2	1	3	2	3	1		1					1	1					2	2	4	1	
12	3	1	2	2	3	1		1	1				1	1					2	3	2	4	
13	4	1	2	3	2	1			1				1	1					2	2	4	2	
14	2	1	2	2	2	1			1				3	1		1			2	4	4	4	
15	3	1	3	3	2	1							3	1					2	3	2	4	

N°	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23						P24						
											P23	P23	P23	P23	P23	P23	P24	P24	P24	P24	P24	P24	
1	3	2	3	1	3	1	3	1	3	4	1	1			1		1	1	1				
2	4	2	3	1	3	1	2	1	2	3	1	1	1				1	1			1		
3	3	1	3	2	1	3	3	3	3	2	1	1				1	1	1					1
4	4	3	1	1	2	1	3	1	2	2	1				1	1	1	1		1			
5	2	2	3	1	2	1	3	2	3	2	1	1				1	1	1	1				1
6	1	2	3	1	3	1	2	2	2	2	1	1			1		1	1					
7	4	3	1	1	2	1	4	1	3	2		1	1		1		1				1	1	
8	3	2	3	1	3	1	2	1	2	2	1	1			1	1							
9	3	3	2	2	3	2	1	2	2	2	1	1	1		1	1	1	1	1				
10	4	2	3	1	3	1	4	3	2	2	1	1			1		1	1			1		
11	3	3	3	2	1	3	1	1	3	3	1	1			1	1	1	1			1		
12	4	2	3	1	3	2	2	2	2	2	1	1			1		1						
13	3	2	2	1	3	1	5	3	3	3		1					1						
14	4	3	2	1	3	1	3	2	1	2	1	1			1	1	1						
15	4	2	3	1	3	1	4	1	3	2		1					1			1			

Referencias Tabla Matriz

Nº: Encuestados (15)

P: Pregunta

CP: Cuidados Paliativos

<p>P1: Edad</p> <ul style="list-style-type: none">● 1- 21 a 30 años ●2- 31 a 40 años ●3- 41 a 50 años● 4- 50 años o mas	<p>P2: Género</p> <ul style="list-style-type: none">● 1- Mujer● 2- Hombre● 3- No binario	<p>P3: Formación académica</p> <ul style="list-style-type: none">● 1-Enf. Universitario● 2-Enf.Profesional● 3-Lic. en Enfermería● 4-Especialidad
<p>P4: Experiencia</p> <ul style="list-style-type: none">● 1- Menos de 5 años● 2- Entre 6 y 10 años● 3- Más de 10 años	<p>P5: Definición de Cuidados Paliativos</p> <ul style="list-style-type: none">● 1-Opción 1● 2-Opción 2● 3-Opción 3	<p>P6: Características de enfermedad terminal</p> <ul style="list-style-type: none">● P6.1 Avanzada e incurable● P6.2 Intervenciones invasivas● P6.3 Sin respuesta a tratamientos● P6.4 Tiempo de vida limitado● P6.5 Carece de síntomas● P6.6 Síntomas Incontables● P6.7 Uso de morfina

<p>P7: Definición de Situación de Agonía</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1- Opción 1 ● 2- Opción 2 ● 3- Opción 3 	<p>P8: Patologías que requieren Cuidados Paliativos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● P8.1 Cáncer ● P8.2 Hipertensión ● P8.3 Espina Bífida ● P8.4 Demencia ● P8.5 ACV ● P8.6 Anemia ● P8.7 Bronquitis 	<p>P9: Conoce la encuestaNECPAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1- SI ● 2- NO
<p>P10: Que evalúa el genograma</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1- Opción 1 ● 2- Opción 2 ● 3- Opción 3 ● 4- Opción 4 	<p>P11: Que evalúa la escala ESAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1- Opción 1 ● 2- Opción 2 ● 3- Opción 3 ● 4- Opción 4 	<p>P12: Que evalúa la escala Karnofsky</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1- Opción 1 ● 2- Opción 2 ● 3- Opción 3 ● 4- Opción 4
<p>P13: Que evalúa la encuesta de Barthel</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1- Opción 1 ● 2- Opción 2 ● 3- Opción 3 ● 4- Opción 4 	<p>P14: Definición de Nivel de atención primario de CP</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1- Opción 1 ● 2- Opción 2 ● 3- Opción 3 	<p>P15: Definición de Nivel de atención secundario de CP</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1- Opción 1 ● 2- Opción 2 ● 3- Opción 3

<p>P16: Definición de Nivel de atención terciario de CP</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1- Opción 1 ● 2- Opción 2 	<p>P17: 1er caso clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1- Nivel Primario de atención ● 2- Nivel Secundario 	<p>P18: 2do caso clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1-Nivel Primario de atención ● 2-Nivel Secundario de
--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> ● 3- Opción 3 	<p>de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 3- Nivel Terciario de atención 	<p>atención</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 3- Nivel Terciario de atención
<p>P19: Reconoce la composición de la familia de su paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1-Siempre reconoce ● 2-Casi siempre reconoce ● 3-A veces reconoce ● 4-Rara vez reconoce ● 5-Nunca reconoce 	<p>P20: Identifica al cuidado principal de su paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1-Siempre identifica ● 2-Casi siempre identifica ● 3-A veces identifica ● 4-Rara vez identifica ● 5-Nunca identifica 	<p>P21: Cómo es su relación con la familia de su paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1-Excelente ● 2-Muy buena ● 3-Buena ● 4-Regular ● 5-Sin relación

<p>P22: Identifica si el dolor de su paciente es físico o emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1-Siempre identifica ● 2-Casi siempre identifica ● 3-A veces identifica ● 4-Rara vez identifica ● 5-Nunca identifica 	<p>P23: Signos en la comunicación no verbal que determinan que un paciente tiene dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> ● P23.1 Signos vitales alterados ● P23.2 Gestos y expresiones faciales ● P23.3 Actitudes corporales de alejamiento ● P23.4 Esquiva contacto visual ● P23.5 Quejas ● P23.6 Examen físico 	<p>P24: Características que considera importantes para preguntarle a un paciente que refiere que tiene dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> ● P24.1 Intensidad del dolor ● P24.2 Localización del dolor ● P24.3 Características del dolor ● P24.4 Duración del dolor ● P24.5 Aparición del dolor ● P24.6 Factores que lo modifican ● P24.7 Alergias a medicaciones.
--	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández-Sánchez ML, Aguilar-García CR. Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna. Rev Enferm IMSS. 2016;24(2):87-90. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65604>
- Valles-Martínez P., García-Salvador I. Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. Medicina Paliativa. 2013; 20(3): 111-114. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.03.003>.
- Pichardo GLM, Diner K. La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. An Med Asoc Med Hosp ABC. 2010;55(3):161-166. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26870>
- Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Cuidados paliativos Mendoza, Terapia en equipo. Accesibilidad a CP en Mendoza. 26/06/2019 Recuperado de: <http://www.cuidadospaliativosmendoza.com.ar/noticia/como-acceder-a-los-cuidados-paliativos-en-mendoza.html>
- Elena Chover-Sierra, Antonio Martínez-Sabater, Yolanda Lapeña-Moñux. Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería de un hospital español. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.1610.2847
- María Lesvia Hernández-Sánchez, Cesar Raúl Aguilar-García. Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna. Mexico. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(2):87-90. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162c.pdf>

Ministerio de Salud, "Programa Nacional de Cuidados Paliativos". Recuperado el 29 de mayo del 2022 de <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/programa-paliativos>

- Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL, “Historia de los Cuidados Paliativos” (2014). Recuperado de https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1
- Vidas científicas, “Cicely Saunders: “Importas porque eres tú, hasta el último momento de tu vida” 2016/11/23. Recuperado de <https://mujeresconciencia.com/2016/11/23/cicely-saunders-importas-ultimo-momento-vida/#:~:text=Usted%20importa%20hasta%20el%20%2C3%BA%20lo%20haga%20con%20dignidad%E2%80%9D>.
- M. A. Vidal, L. M. Torres, “In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos” Abril del 2006. Recuperada de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300001
- Dra. Mariela Bertolino, “Introducción a los cuidados paliativos, a la Evaluación multidimensional y al trabajo en equipo Interdisciplinario” 2021, Instituto Nacional del Cáncer.
- EAPC “Palliative Care- A Human Right” 2010. Recuperado de <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/04/Carta-de-Praga.pdf>
- Observatorio Qualy, Centro de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos, “Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa en servicios de salud y sociales”. Institut Català d’Oncologia. (Noviembre 2011)
- Arango Juan Diego, 01 de octubre del 2018 en “Psicología dinámica”. Recuperado de: <http://psicologiadinamicahoy.blogspot.com/2015/04/50-familiograma-o-genograma.html>
- : Sanchez Rengifo Luz M. “Evaluación y trazado de la estructura de la familia. Evaluación del conflicto conyugal: Guía para principiantes (2001). Universidad del Valle. Facultad de Humanidades. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano.

- Pérez-Cruz, Pedro. E.Acevedo C, Francisco. Esacalas de estado funcional (o performance status) de Cáncer. 2014. Recuperado de <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2014n300007.pdf>
- Nabal María. “Cómo valorar al paciente terminal desde la perspectiva de los Cuidados Paliativos” Sociedad Iberoamericana de Información Científica. (7 de junio del 2021)
- Pérez Fuentes, J. “Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás” Rev. Soc. Esp. Dolor vol.27 no.4. 13 de octubre del 2020. Doi: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- F.Puebla Diaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) vol.28 no.3 mar. 2005. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006