

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



INFORME FINAL DEL TRABAJO DE GRADUACION

Habilidades y conocimientos de profesionales de enfermería al brindar atención al paciente oncológico con síntomas refractarios en Hospital Divina Providencia.

**TRABAJO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA**

PRESENTADO POR:

GARDENIA YASMIR JOMA HERNÁNDEZ

JOHANNA STEFANY SIGUENZA PÉREZ

NICOLE SARAÍ SOSA MERCADO

SAN SALVADOR, SEPTIEMBRE 2022.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

Dr. Cristina Juárez de Amaya

Rectora.

Dra. Mirna Maribel García de González.

Vicerrectora Académica y de Facultades.

Dr. Nubia Estrada

Vice Rector de Investigación y Proyección Social

Ing. Sonia Rodríguez

Secretaria General

Lic. Carlos Miguel Mochez Álvarez

Decano de Facultades de Ciencias Sociales

Licda. Doris Elías.

Directora de la Escuela de Enfermería.

AGRADECIMIENTOS.

AGRADEZCO EN PRIMER A DIOS

Le agradezco a Dios por haberme permitido vivir hasta este día, haberme guiado a lo largo de mi vida, por ser mi apoyo, mi luz y mi camino. Por haberme dado la fortaleza para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad .Por su amor arduo trabajo entrega y sacrificio durante estos años a lo largo de la formación en el nivel superior, ya que gracias a ellos hemos llegado hasta aquí y convertirnos en lo que ahora somos profesionales de la salud.

A MI MADRE Y A MIS HERMANAS

Que ha sido un pilar fundamental quien es el motor que impulsa a seguir en mis sueños, a quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio.

A LA INSTITUCIÓN FORMADORA

Por permitirnos formarnos como profesionales estos años y aprender algo nuevo cada día, a los docentes por haber contribuido a la preparación académica al compartir sus conocimientos con nosotros durante el proceso de formación en nuestra profesión.

AL JURADO INVESTIGADOR

A nuestros jurados Mtra.Sonia Margarita Siciliano,Mtra,Doris Alicia Sánchez de Elías, de manera especial a nuestro asesor Lic.Jorge Enrique Ortega Álvarez por habernos guiado y orientado durante la elaboración de este trabajo, por el apoyo que nos dio para desarrollarnos profesionalmente y seguir cultivando los valores éticos y morales. Donde quiera que vaya, los llevaré conmigo en mí transitar profesional. Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable, por su dedicación perseverancia y tolerancia.

Atte. Gardenia Joma

AGRADEZCO INFINITAMENTE A DIOS

Tengo la oportunidad de agradecerle a Dios por permitirme a ver llegado hasta acá por guiarme en este proceso.

A MIS PADRES

Por darme su apoyo incondicional, ayudarme en mi carrera profesional, brindándome sus consejos para poder ser mejor cada día. Orgulloso de haberlos elegido mis padres y que estén a mi lado en este momento tan importante. Gracias por ser quienes son y por creer en mí siempre. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro, como una meta más conquistada que fueron quienes me ayudaron cuando me quise dar por vencido.

A LA INSTITUCIÓN

Agradecimientos sinceros por su comprensión y apoyo incondicional. Por darme la oportunidad de culminar con éxito esta etapa de estudio, por la oportunidad de obtener un grado académico más en mi vida, de la cual me siento orgulloso y a la vez con mucha felicidad y estoy seguro de que será de provecho y prosperidad en mi futuro.

AL JURADO INVESTIGADOR

A nuestros jurados Mtra. Sonia Margarita Siciliano, Mtra. Doris Alicia Sánchez de Elías, de manera especial a nuestro asesor Lic. Jorge Enrique Ortega Álvarez que con su conocimiento nos supo guiar en la elaboración de este trabajo de investigación, por su paciencia y apoyo incondicional para lograr concluir con éxitos la investigación.

Les doy las gracias a las licenciadas que me compartieron sus conocimientos en mi formación y en el proceso de trabajo de grado, sin duda alguna su semilla de conocimientos germinó en el alma y el espíritu.

Atte. Johanna Sigüenza

A DIOS

Quien ha sido mi mayor fortaleza a lo largo de mi vida, por darme la oportunidad de haber llegado hasta este momento y por ayudarme a ser una mejor persona.

A MIS PADRES

Daniel Sosa y Jaqueline Mercado, quienes siempre me apoyaron y ayudaron en mis estudios desde que era una niña hasta ahora que soy una adulta. A mi hermano Brian Sosa, mi tío Mauricio Vásquez, quienes siempre me han amado, me han apoyado y ayudado en todo momento.

A mi abuela Teresa de Jesús Vásquez, quien estando en vida, siempre me amo, me apoyo y me enseñó lo importante que es el estudio y quien sé que en el cielo estará muy feliz el día de mi graduación.

A LA INSTITUCIÓN FORMADORA

Por haberme formado durante cinco años con valores enseñarme a salir adelante a pesar de las adversidades y a todos los docentes que me brindaron sus conocimientos durante todos estos años de carrera.

Agradezco al Dr. Marvin Colorado, sub director de educación e investigación del Hospital Divina Providencia, por haber compartido sus conocimientos y consejos, a Madre tránsito de la Cruz Valdez, directora del Hospital Divina Providencia por habernos permitidos realizar nuestra investigación en dicho hospital.

AL JURADO

A mi asesor de tesis Licdo. Jorge Enrique Ortega por su paciencia y dedicación, a los miembros del jurado Licda. Sonia Siciliano, Licda. Doris de Elías, por habernos brindado su conocimiento y consejos durante el proceso de investigación.

Atte. Nicole Sosa.

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | 11 |
| INTRODUCCION | 12 |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 15 |
| A. Situación Problemática..... | 15 |
| B. Enunciado del Problema. | 18 |
| C. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN. | 18 |
| C.1 Objetivo General:..... | 18 |
| C.2 Objetivos Específicos:..... | 18 |
| D. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN. | 19 |
| D.1 Niveles De Atención. | 20 |
| D.1.1 En el nivel I: | 20 |
| D.1.2 En el nivel II: | 21 |
| D.1.3 En el nivel III: | 21 |
| E. JUSTIFICACIÓN. | 22 |
| CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA. | 25 |
| A.1 Estado Actual del Hecho o Situación..... | 25 |
| A.1.1 Historia..... | 25 |
| Cuidados Paliativos En El Salvador..... | 26 |
| Contexto Internacional..... | 26 |
| Diagnóstico Situacional de Enfermedades No Transmisibles. | 27 |
| Definición de cuidados paliativos..... | 28 |
| Objetivos de los cuidados paliativos. | 29 |
| Filosofía de los cuidados paliativos. | 29 |
| Origen y concepto actual de los cuidados de la medicina paliativa..... | 30 |

| | |
|---|----|
| A.1.2 Cáncer | 32 |
| Estatificación del Cáncer. | 32 |
| Causas del dolor oncológico..... | 33 |
| Clasificación del dolor oncológico..... | 33 |
| Evaluación del dolor oncológico. | 34 |
| Valoración del dolor oncológico. | 36 |
| A1.3 Intervenciones de enfermería en la atención oncológica. | 37 |
| A.1.4 Cuidados de la piel..... | 38 |
| Anorexia y caquexia. | 39 |
| 1.1.5Las últimas 48 horas. | 39 |
| A.1.6 Escalas de valoración del dolor..... | 44 |
| A.1.7 Agonía. | 45 |
| A.1.8 SEDACIÓN PALIATIVA. | 46 |
| A.1.9 Manejo del paciente oncológico en etapa final de vida..... | 49 |
| A.1.10 Fármacos adyuvantes. | 51 |
| Analgésicos Opioides. | 52 |
| Titulación de opioides..... | 54 |
| Procedimiento para la sedación. | 55 |
| Elección del fármaco y la vía adecuados..... | 56 |
| Sedación con midazolam por vía subcutánea. | 57 |
| Sedación con midazolam por vía endovenosa. | 57 |
| Evaluación de la sedación..... | 58 |
| Escala de evaluación de la sedación de Ramsay. | 58 |
| Escala de valoración funcional de karnofsky. | 58 |
| Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton-esas..... | 60 |

| | |
|---|----|
| Escala de sedación de Ramsay. | 61 |
| Aspectos éticos en cuidados paliativos. | 62 |
| Principios Bioéticos. | 63 |
| Principios de los cuidados paliativos. | 63 |
| Valores de los cuidados paliativos. | 64 |
| Modalidades de atención en cuidados paliativos. | 65 |
| Atención hospitalaria. | 66 |
| Atención domiciliaria. | 67 |
| El consentimiento en la sedación paliativa. | 69 |
| Principios Éticos. | 72 |
| Valores Morales. | 72 |
| Aspectos legales en la aplicación de los cuidados paliativos. | 73 |
| Marco Legal. | 74 |
| CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 75 |
| A.1 Enfoque y tipo de investigación: | 75 |
| A.1.1 Cuantitativa | 75 |
| A.2. Finalidad del estudio:..... | 75 |
| A.2.1Tipo descriptivo. | 75 |
| A.3 Desde el punto de vista secuencial o tiempo, el estudio se describe como | |
| A.3.1Transversal: | 75 |
| A.4 De acuerdo con el control de la asignación de los factores de estudio se | |
| considera:..... | 75 |
| A.4.1 Observacional. | 75 |
| A.5 Por otra parte, el inicio del estudio en relación con la cronología de los hechos | |
| es: | 75 |
| A.5.1 Prospectivo. | 75 |

| | | |
|---|--|----|
| B.1 | Sujetos y objeto de estudio. | 76 |
| B.1.1 | Sujetos de estudio..... | 76 |
| B.1.2 | Objeto de estudio. | 76 |
| B.1.3 | Lugar de estudio. | 76 |
| B.1.4 | Población y muestra..... | 76 |
| B.1.5 | Unidad de análisis..... | 76 |
| B.2 | Criterios de inclusión e exclusión | 77 |
| B.2.1 | Criterios de inclusión..... | 77 |
| B.2.2 | Criterios de exclusión | 77 |
| A. | Técnicas e instrumento de recolección de datos..... | 78 |
| 1. | Técnicas..... | 78 |
| | Instrumento de registro y medición..... | 78 |
| | Validación de los instrumentos..... | 78 |
| | Recolección de datos..... | 79 |
| B. | Estrategias de utilización de resultados..... | 79 |
| CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | | 80 |
| A. | RESULTADOS..... | 82 |
| I. | ASPECTOS SOBRE LAS INTERVENCIONES QUE REALIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS AVANZADOS..... | 82 |
| II. | ASPECTOS SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES Y EL MANEJO HOSPITALARIO QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA..... | 85 |
| III. | ASPECTOS SOBRE LAS HERRAMIENTAS QUE SE UTILIZAN AL MOMENTO DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS..... | 87 |
| CONCLUSIONES..... | | 89 |
| RECOMENDACIONES..... | | 90 |

| | |
|---|-----|
| BIBLIOGRAFÍA..... | 92 |
| ANEXOS..... | 96 |
| Anexos. # 1. Algoritmo de los cuidados paliativos. | 96 |
| Anexos # 2. Previsiones en la trayectoria de la enfermedad. | 96 |
| Anexos # 3. Escala de Karnofsky | 97 |
| Anexos # 4. Sistema de evaluación de síntomas de edmonton-esas | 97 |
| Anexos # 5. Escala de Disconfort de Edmonton (EDAF) | 98 |
| Anexos # 6. VARIABLES E INDICADORES..... | 99 |
| Anexos # 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 101 |
| Anexos # 8. PRESUPUESTO..... | 102 |
| Anexos # 9. Cuestionario | 103 |
| CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA..... | 103 |
| Anexos # 10. CLAVE DE CUESTIONARIO..... | 106 |
| Anexos # 11. | 109 |
| HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 109 |

RESUMEN.

Introducción: Actualmente el cáncer es una enfermedad frecuente y uno de los problemas de salud pública más importantes, por lo cual el alivio del dolor en un paciente con patología en fase terminal es un reto para el personal de enfermería porque sus acciones deben basarse en conocimientos científicos, proporcionando de esta manera una atención oportuna y efectiva. **Objetivo:** La investigación tiene como objetivo determinar las habilidades y conocimientos que poseen los profesionales de enfermería al momento de brindar atención directa a paciente oncológico con síntomas refractarios. **La metodología:** El estudio descriptivo y transversal, de acuerdo con el control de la asignación de los factores de estudio se considera observacional, el inicio del estudio en relación con la cronología de los hechos es prospectivo. Población, estuvo constituida por un total de 15 profesionales de enfermería, incluyendo técnicos y licenciados/as que laboran en el Hospital Divina Providencia. **Resultados:** Evidencian que la mayoría de profesionales de enfermería muestran habilidades y conocimientos que poseen los profesionales de enfermería al momento de brindar atención directa a paciente oncológico avanzado con síntomas refractarios. Para la selección de la muestra no se utilizó ninguna fórmula estadística debido a que se tomó el total de la población, por ser una población por conveniencia. Después de recolectada la información se procedió a codificar el instrumento de recolección de datos, lo que permitió vaciar los datos en una base elaborada en Excel, para luego aplicar los datos estadísticos y presentar los resultados en tablas simples, aplicando el método porcentual. **Conclusión:** Se concluye que la labor de enfermería en el cuidado que les proporcionan a las personas que sufren una patología en fase terminal, la hace responsable de poner en marcha y coordinar un plan de cuidados para el alivio del dolor. **Palabras clave:** Cuidados paliativos, etapa terminal, dolor, herramientas, sedación paliativa.

INTRODUCCION

Actualmente el cáncer es una enfermedad frecuente y uno de los problemas de salud pública más importantes. Su incidencia continúa aumentando, debido principalmente al incremento y el envejecimiento de la población, así como a la exposición a riesgos conocidos que se relacionan tanto con el cáncer como con otras enfermedades crónicas.

La labor de enfermería en el cuidado que le proporcionan a las personas que sufren una patología en fase terminal, la hace responsable de poner en marcha y coordinar un plan de cuidados para el alivio del dolor, es importante que en todos los entornos de la atención de la salud, las/os profesionales de enfermería realicen evaluaciones continuas y puedan determinar si el dolor ha aumentado, si el control de los efectos secundarios que ocasionan los medicamentos ha sido exitoso y lo más importante si el paciente está satisfecho con el nivel de analgesia alcanzado.

Así mismo el alivio del dolor en un paciente con patología en fase terminal, es un reto para el personal de enfermería porque sus acciones deben basarse en conocimientos científicos, proporcionando de esta manera una atención oportuna y efectiva.

Es necesario, de acuerdo con el conocimiento actual, desarrollar intervenciones integrales e integradas, para lograr la mayor efectividad posible en el tratamiento que se les brinda a los pacientes que se encuentran en etapa final de vida. En este sentido, las medidas clásicas de la salud pública de prevención y detección precoz se añaden como elementos clave de una estrategia global para la lucha contra el cáncer el diagnóstico y el tratamiento, el seguimiento, los cuidados paliativos cuando son necesarios, y los aspectos psicosociales y rehabilitadores. Ello conlleva a su vez la mejora de la organización clínica y la coordinación de los niveles asistenciales.

Por lo que el propósito de realizar la presente investigación fue determinar las habilidades que posee el personal de Enfermería sobre las intervenciones en el alivio del dolor como parte de los cuidados paliativos a pacientes oncológicos avanzados con síntomas refractarios, en el Hospital Divina Providencia, en el periodo de enero a septiembre. Para

una mejor comprensión el trabajo se ha organizado en tres capítulos los cuales se describen a continuación:

Capítulo I: Planteamiento Del Problema: EL planteamiento del problema describe una situación en cuestión que debe ser resuelto, es el punto de partida que da el enfoque y se obliga a centrarse en algo concreto. En el primer capítulo es donde se plantea de forma general el problema a investigar. Este apartado se describe; los objetivos, la delimitación del problema, el enunciado del problema, la justificación que indica el porqué de la investigación exponiendo sus razones, viabilidad del estudio que describe lo factible de la investigación.

Capitulo II: Fundamentación Teórica: El marco teórico, también llamado marco de referencia, es el soporte teórico, contextual o legal de los conceptos que se utilizaron para el planteamiento del problema en la investigación. En el segundo capítulo, contiene un breve resumen en el cual se profundiza de manera contextual el problema planteado. En este apartado contiene; Antecedentes del problema que relata la historia y el presente de las variables, la teoría de enfermería y conceptos básicos, la contextualización que se hace mención del contexto del problema y las características a investigar, hasta llegar al área de la población en el cual se desarrolla la investigación, incluye también el marco jurídico que contiene las diferentes leyes, reglamentos y normas que nos ayudan a sustentar todas las actuaciones y actividades en materia legal con relación al problema de investigación.

Capitulo III: Metodología De La Investigación: El diseño metodológico consiste en un plan en el que establecemos las estrategias y procedimientos que permitirán la recogida de datos, y su procesamiento, análisis e interpretación con el propósito de dar respuesta a los problemas planteados en los objetivos de la investigación. Para el cuarto capítulo se detalla completamente y de forma breve el enfoque de la investigación que se pretende utilizar, el método de investigación, el tipo de estudio que se va abordar, el diseño de la recolección de información, así como también la orientación de búsqueda de información, el universo, población y muestras a utilizar, las estrategias de recopilación, procesamiento y análisis de la información.

Capitulo IV: Análisis de a Información: El análisis de datos cuantitativo es un método estructurado de recopilación y análisis de información que se obtiene a través de diversas fuentes. Este proceso se lleva a cabo con el uso de herramientas estadísticas y matemáticas con el propósito de cuantificar el problema de investigación. Para el capítulo VI se detallan los resultados obtenidos mediante la recolección de datos a través de la encuesta, se realiza una interpretación en general de los datos, un análisis en general donde se detalla el cómo ha respondido el sujeto, esto relacionado al marco teórico lo cual permite dejar mayor evidencia coherente entre dichos resultados.

❖ **Conclusiones:** A la acción y efecto de concluir, en un texto o discurso, se le denomina conclusión a la parte o sección final de un trabajo, en la cual se hace un breve resumen de los puntos principales abordados en el trabajo, se exponen los resultados y se destacan los hallazgos más importantes.

❖ **Recomendaciones:** La Recomendación es la resolución mediante la cual la Comisión después de haber concluido las investigaciones del caso, determina, de acuerdo con el análisis y evaluación de los hechos, argumentos y pruebas que constan en el expediente.

Anexos: Los anexos son elementos opcionales dentro del trabajo de investigación, son materiales complementarios, relevantes, pero demasiado extensos para ser incluidos en el cuerpo del documento. En este apartado se ha detallado el cronograma de actividades, presupuesto, consentimiento informado, instrumento a pasar entrevista, fotos de los días trabajados.

Además, el trabajo contiene las fuentes bibliográficas donde se citan los libros y direcciones electrónicas consultadas para esta investigación, finalizando con los anexos entre los que se encuentran cronograma de actividades, cuestionario dirigido a los profesionales, el presupuesto en el cual se han plasmado los gastos a realizarse para dicho estudio, el cronograma de actividades.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación Problemática.

En la actualidad las habilidades en el accionar diario de enfermería, contribuye a que sus intervenciones se vuelvan eficaces en el cuidado que se le proporciona a los pacientes, estas habilidades se ve reflejado en la mejoría del estado de salud del paciente así como la calidad de vida debido a que el conocimiento es poder y el no tenerlo puede contribuir a que los cuidados de enfermería no se realicen en forma eficiente exponiendo al paciente a mayor sufrimiento o que no reciba la atención necesaria para satisfacer las necesidades provocadas por el dolor y otras, hasta el día de su muerte. (1)

Por lo que los profesionales de enfermería son éticamente responsables de tratar este padecimiento y aliviar el sufrimiento, brindando un tratamiento eficaz y no solo reduce la incomodidad física, sino que también los costos de la asistencia sanitaria. La actuación enfermera es un cuidado adecuado para el paciente oncológico, no obstante, valorando únicamente la molestia, sino proporcionando cuidados que alivien tanto el propio padecimiento como los efectos adversos indeseados que van a surgir con el tratamiento utilizado para erradicarlo. Proporcionando cuidados a pacientes oncológicos, por tanto, es complejo, y suele requerir la participación de múltiples profesionales y la realización de tratamientos invasivos.

Como resultado, puede ser común la aparición de efectos adversos en el paciente. Un adecuado manejo requiere de una evaluación individualizada, por lo cual se deben considerar los deseos del paciente.

La evaluación de este síntoma es un elemento básico de los cuidados y de ella se deriva el resto de actuaciones del personal de Enfermería, dándose conocer con qué objetivo se evalúan las dimensiones. Este aspecto ya lo apunta un estudio realizado en la Universidad de Illinois en Chicago, otorgándole gran importancia a este aspecto, ya que así el personal de enfermería se vería capacitado para escoger la herramienta más adecuada a las características del paciente. Por otro lado, este estudio apunta que se deben conocer los factores que modifican o pueden modificar la evaluación (analgésicos, tipo o magnitud del dolor, retraso motor o cognitivo), así como el momento más oportuno

para evaluarlo, evitando, por ejemplo, realizarla cuando el paciente acaba de administrarse una dosis de analgésico. (2)

Así mismo, es importante conocer que a pesar de la gran cantidad de métodos y escalas de evaluación con las que cuenta el personal de enfermería, este síntoma no está correctamente valorado, ya sea a causa del propio paciente o por el factor profesional. Se establece que una de las principales causas por las cuales muchos pacientes están infra tratados o con tratamiento inadecuado es porque esconden tal dolor a las enfermeras por miedo a procedimientos invasivos o a nuevas situaciones desconocidas. (2)

Las habilidades prácticas científicas en las medidas terapéuticas abordadas por el personal de enfermería. En los últimos años se ha investigado mucho en todo lo referente a la muerte y el morir, y se ha tratado de hallar nuevas y mejores formas de asistir a los pacientes terminales, que sería imposible enunciar aquí. La situación de enfermedad terminal, supone un verdadero reto para los por la dificultad en el manejo de una situación compleja, en la que la necesidad acuciante de controlar los síntomas no debe enturbiar la correcta valoración diagnóstica y el adecuado enfoque terapéutico. (3)

El dolor, aun a pesar de no ser el único síntoma, sí es el que más angustia genera al paciente y a su familia. Y por ello, es prioritario abordarlo de una forma eficaz y precoz.

Debemos valorar cuidadosamente la agresividad en las decisiones terapéuticas y el beneficio esperado de las mismas. Debemos comprender que unas horas de dolor en un paciente terminal suponen un gran sufrimiento, añadido a la propia situación de terminalidad. La primera condición, por tanto, será determinar que nos encontramos ante una enfermedad en fase terminal, lo que en ocasiones no es tan fácil como pueda parecer. (3)

En la situación de terminalidad los cambios son frecuentes en cuanto a la cualidad e intensidad de los síntomas, entre ellos el dolor, según avanza la enfermedad. Esto obliga a una revisión constante de las estrategias terapéuticas, adaptándolas a las diferentes necesidades del paciente. Lo que inicialmente puede significar la adición de medidas

terapéuticas agresivas y, finalmente, retirar cualquier otra medicación que no vaya encaminada al control del dolor, hasta llegar a la sedación terminal si fuera preciso.

El paciente desahuciado tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si nos tomamos tiempo para escuchar y averiguar cuáles son. Muchos pacientes se aferran a la vida porque tienen asuntos pendientes. Todos estos se encuentran mejor después de hacer confesiones o de encontrar soluciones para el cuidado de otros, y generalmente, morían poco después de que desapareciera el asunto pendiente. (3)

Hay un momento en la vida de un paciente en que deja de haber dolor, y la mente deja de imaginar cosas, la necesidad de alimento se vuelve mínima y la conciencia de lo que le rodea desaparece en la oscuridad. Es entonces cuando los familiares recorren los pasillos del hospital, atormentados por la espera. En esos momentos es demasiado tarde para las palabras y, no obstante, es cuando la familia pide más ayuda con o sin palabras.

El personal sanitario puede ser una gran ayuda, durante estos momentos finales, si logran comprender los conflictos de la familia en ese momento y ayudan a seleccionar la persona que se sienta más capaz de estar junto al paciente moribundo. (3)

B. Enunciado del Problema.

¿Cuáles son las habilidades y conocimientos de profesionales de enfermería al brindar atención al paciente oncológico con síntomas refractarios en hospital divina providencia de mayo a septiembre de 2022?

C. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

C.1 Objetivo General:

Determinar las habilidades y conocimientos de profesionales de enfermería al brindar atención al paciente oncológico con síntomas refractarios en hospital divina providencia.

C.2 Objetivos Específicos:

C.2.1 Evaluar las habilidades para realizar las intervenciones que posee el personal de enfermería al paciente oncológico avanzado en el Hospital Divina Providencia.

C.2.2 Identificar los conocimientos en las principales indicaciones de sedación paliativa y el manejo que realiza el personal de enfermería de los síntomas que presentan los pacientes oncológicos avanzados.

D. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.

El Hospital Divina Providencia está ubicado en el departamento de San Salvador en la Colonia Miramonte Final Calle Toluca, Avenida Bernal Pasaje B, la construcción de la infraestructura hospitalaria se basó en la dificultad e inconvenientes que tenían los pacientes residentes en el interior del país que recibían atención y tratamiento en el Instituto de Cáncer que no podían regresar a sus casas y tenían que dormir a la intemperie en los alrededores del Instituto del Cáncer que a la vez agravaba la condición de las personas que venían a recibir tratamiento. Inicia su construcción el 30 de enero de 1966.

De manera simultánea, las religiosas carmelitas comienzan con la atención a los pacientes Actualmente está compuesto por un edificio de dos pisos con cuatro salas en cada nivel, cada sala de la primera planta cuenta con ocho cubículos, en cada uno hay una cama hospitalaria para el paciente y una cama común para su cuidador que generalmente es un familiar, en el segundo piso se utilizan dos salas con quince camas cada una, lo que permite atender a un promedio en total de treinta y dos pacientes ingresados. Existen dos salas aun sin usar dadas las limitantes presupuestarias de la institución.

El hospital además posee un edificio anexo donde existen tres consultorios para pacientes en control ambulatorio atendándose un promedio de ochenta pacientes mensuales, el hospital alberga a pacientes de los distintos departamentos del país, así como también Brindar atención en Cuidados Paliativos a pacientes con Cáncer y su Familia Extendida, que provienen generalmente del Hospital Nacional Rosales, Instituto del Cáncer e Instituto Salvadoreño del Seguro Social todos estos con distintas patologías que carecen de solvencia económica y que sufren a causa del dolor. La institución se sostiene principalmente del apoyo que de las Hermanas Carmelitas de Santa Teresa y de sus Benefactores. (4)

Es la primera institución benéfica en El Salvador dedicada a la implementación de programas asistenciales, educativos y de investigación en medicina paliativa, con el propósito de mejorar la calidad de vida y disminuir el sufrimiento de las personas con enfermedad crónico avanzada, que provienen de todo el Sistema Nacional de Salud;

se sostiene confiando en la ayuda que reciben de distintas personas y distintas instituciones como el Hospital Nacional Rosales y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (4)

Es una institución que cuenta con una atención médica y de enfermería organizada, y con instalaciones permanentes, que ofrece gran variedad de servicios médicos, fisioterapia, curaciones, controles médicos, cuidados generales de enfermería, cuenta con un área de encuentro, cocina familiar, un salón de usos múltiples, farmacia y amplio parqueo. También brinda terapias para manejo del sufrimiento, apoyo socioemocional, soporte espiritual, terapia física y ocupacional, gestión social, respaldo legal, educación en lo relacionado con la enfermedad y el tratamiento, actividades de esparcimiento y nutrición de acuerdo a necesidades de cada uno; en cuanto a su equipo de trabajo está compuesto por tres médicos paliativos con especialidad internistas, dieciséis enfermeras, dos farmacéutas, un psicólogo, dos religiosas. (4)

Desde el año 2002 el Hospital Divina Providencia adquiere la especialidad en cuidados paliativos que tienen dentro de sus objetivos principales el control de diferentes síntomas entre ellos el dolor, lo que conlleva a la utilización de medicamentos de naturaleza controlada, como son: Psicotrópicos y Estupefacientes los que requieren una vigilancia constante para garantizar el uso adecuado de los mismos. Lo que implica que el servicio de farmacia se convierta en un servicio especializado en el manejo de dichos medicamentos. (4)

D.1 Niveles De Atención.

D.1.1 En el nivel I:

Pacientes con complejidad mínima en su estado funcional, que estén recibiendo quimioterapia de diferentes protocolos y que no sobrepasen las 12 horas de atención brindadas como hospital de día, así también aquellos que estén recibiendo radioterapia y que sea necesario únicamente una analgesia de primer nivel según escalera analgésica.

D.1.2 En el nivel II:

Pacientes que requieren mayor atención por su estado funcional y pacientes que necesiten quimioterapia cuyo protocolo incluye alguna medicación en infusión de 24 horas, se incluyen algunos pacientes bajo el contexto de fiebre neutropénica.

D.1.3 En el nivel III:

Paciente en situaciones particularmente complejas que presentan pronósticos inferiores a 6 meses, con síntomas de difícil control y con crisis agudas tanto físicas como emocionales que requieran una actuación paliativa. (4)

El papel de enfermería en la atención de pacientes en etapa final de la vida, será tratar de lograr la mayor autonomía posible en la persona y conservar su dignidad hasta la muerte con respeto a su voluntad por lo que se cumple los siguientes protocolos de atención:

- Valorar las alteraciones en la calidad de vida provocadas por la enfermedad y su tratamiento, la forma como afectan al paciente y como este afronta su situación.
- Procurar el mayor equilibrio físico, psíquico, emocional y ambiental del enfermo para facilitarle una vida digna hasta la muerte.
- Contribuir con todo el equipo interdisciplinario para mejorar el control de síntomas que puedan afectar al paciente.
- Asesorar y educar a la familia sobre los cuidados, dieta, medicamentos y otros.
- Ayudar al paciente y a su familia a prevenir y a sobrellevar las situaciones de crisis.
- Prevenir las complicaciones de la inmovilidad y el encamamiento prolongado.
- Preparar con tiempo al paciente y su familia ante un ingreso hospitalario o el traslado al domicilio.
- Proporcionar a la familia ayuda para afrontar la muerte y la fase de duelo (Reencuentro de familiares). (5)

E. JUSTIFICACIÓN.

La importancia de realizar esta investigación radica en que cerca del 90% de los pacientes con cáncer sufren dolor asociado al mismo. Este síntoma está frecuentemente levemente tratado, en una frecuencia que está entre el 25 y el 45% de los pacientes que lo sufren, estando esto causado por diferentes factores referentes al paciente y su entorno, como el miedo a efectos adversos, desesperanza de controlar su dolor, al personal sanitario que muestre una oposición a prescribir, inadecuada valoración, poca formación y al proceso comunicativo establecido entre el paciente y el personal sanitario. (6)

En las etapas finales de una enfermedad, cuando no es posible el tratamiento curativo, el objetivo primordial es brindar confort y calidad de vida al paciente y su familia. Cuando las posibilidades de curación son inexistentes el paciente es derivado en ocasiones a un hospital de cuidados paliativos o a su domicilio y debería ser tarea del personal médico de cada nivel atenderlo óptimamente hasta el final si éste ha sido el deseo del paciente y de sus cuidadores. (6)

Muchos enfermos, al final de su vida, padecen un sufrimiento intenso en el contexto de síntomas refractarios (aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos). La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios. Debe cumplir una serie de requisitos para ser considerada una práctica ética y lícita, como son: la intención de aliviar el sufrimiento, una valoración correcta del sufrimiento y síntomas que lo provocan, la obtención del consentimiento informado y el uso de los fármacos indicados y a las dosis adecuadas. (7) Puede realizarse ya sea en el ámbito hospitalario, o ya sea en domicilio del paciente, según preferencias del enfermo, siendo en este último caso la vía subcutánea la de elección. El fármaco de primera línea es el midazolam, tanto intravenoso como subcutáneo, y en el caso de que el síntoma principal sea el delirium se utiliza el haloperidol. La sedación puede plantearse de forma intermitente o continua. (7) Es imprescindible una monitorización del enfermo sedado, tanto del nivel de sedación adquirido como de signos o síntomas de sufrimiento, y un acompañamiento de la familia.

En nuestra sociedad hay una demanda creciente de una atención sanitaria de calidad, que posibilite a los pacientes una vida y una muerte dignas y les evite el sufrimiento innecesario. Muchos enfermos al final de su vida padecen un sufrimiento intenso. Los profesionales sanitarios logran generalmente evitar o atenuar gran parte de este sufrimiento, pero hay situaciones en las que, a pesar de la correcta actuación de los profesionales, el sufrimiento del paciente persiste con una intensidad difícilmente soportable para quien lo padece. Para el alivio de este sufrimiento, hay una práctica médica eficaz: la sedación al final de la vida o sedación en la agonía, que persigue el alivio del sufrimiento del enfermo, mediante una reducción proporcionada de su nivel de conciencia, que se mantiene hasta que llega la muerte. (7)

Según datos estadísticos de la organización mundial de la salud (OMS) el cáncer es la segunda causa principal de muerte en las Américas. En el año 2018, se diagnosticaron unos 3,8 millones de casos y 1,4 millones de personas murieron por esta enfermedad. Los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia en los hombres son: de próstata (21,7%), pulmón (9,5%), y colorrectal (8,0%). En las mujeres, los cánceres más frecuentes son: de mama (25,2%), pulmón (8,5%), y colorrectal (8,2%). Los opioides son medicamentos fundamentales para mitigar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida a través del control del dolor en pacientes con patología oncológica. (8)

Estudios realizados entre marzo y abril de 2016 en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón detalla que los opioides más prescritos fueron Morfina, Fentanilo y Oxicodona, ya que dichos medicamentos se prescribieron principalmente en dolor mixto, morfina en dolor nociceptivo y petidina en dolor visceral, por otra parte, la mayoría de los pacientes tenían registrado el valor de la escala numérica simple, siendo la media 2,7. (9)

La finalidad de este estudio no es solamente conocer de manera general las habilidades prácticas científica que poseen los profesionales de enfermería al momento de brindar atención directa a los pacientes oncológicos con indicación de sedación paliativa, sino también el uso correcto de los protocolos establecidos a las profesiones en enfermería al momento de brindar atención al paciente y permitir que la información recolectada sirva para próximos estudios.

Por lo cual se realizó esta investigación, ya que, a partir de los resultados encontrados, se pretendió que los profesionales de enfermería conocieran sus propias limitaciones y puedan ver que la muerte es un suceso inevitable que no debe influir de manera negativa en el cuidado, por el contrario, nos debe hacer más sensibles a la condición humana, más solidarios y respetuosos con el paciente terminal. Sumado a esto se pueden diseñar estrategias que ayuden a mejorar la calidad de cuidados de los pacientes terminales, en el manejo del dolor, desarrollando programas de capacitación específicos sobre el tema y alentar a desarrollar protocolos en cuidados paliativos en universidades e Instituciones Hospitalarias tanto públicas como privadas.

A su vez, esta investigación sirvió para motivar a los profesionales de enfermería a ejecutar otros trabajos de investigación sobre cuidados paliativos con enfermedad terminal en pacientes oncológicos avanzados con síntomas refractarios, quizás a través de sus propios testimonios bajo el enfoque cualitativo, adquiriendo nuevos conocimientos y desarrollando habilidades, actitudes a beneficio para mejora de su calidad de vida.

Llena un vacío en el conocimiento, ya que existen pocos trabajos orientados a las habilidades que poseen los profesionales de enfermería al momento de brindar atención directa a los pacientes oncológicos avanzados con indicación de sedación paliativa, pues muchos estudios están orientados a pacientes oncológicos, dejando de lado otras enfermedades crónico degenerativas que requieren de dichos cuidados.

El hacer y el sentir del enfermero frente a la necesidad del paciente de cuidados paliativos releva la importancia y justifica la realización de la presente investigación.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

A.1 Estado Actual del Hecho o Situación.

A.1.1 Historia

La Medicina Paliativa comenzó a desarrollarse en Reino Unido en la década de los sesenta y en España en los ochenta. Se trata, por lo tanto, de un área asistencial cuyo desarrollo científico es muy joven. A pesar de ello se han hecho avances importantes en todos los sentidos. Se han incrementado notablemente, sobre todo estos últimos años, el número de recursos específicos, la capacitación de profesionales y también la investigación. Se ha avanzado mucho en el control de los síntomas, aspecto clave en Medicina Paliativa y han aparecido nuevos fármacos, sobre todo analgésicos, que facilitan mucho el alivio del dolor al final de la vida. Sin embargo, todavía hay algunos enfermos que, a pesar de todo, tienen en algún momento de la evolución de su enfermedad oncológica uno o más síntomas refractarios al tratamiento que le provocan un sufrimiento insoportable. (10)

La necesidad de disminuir la conciencia de un enfermo en las horas anteriores de su muerte ha sido y es objeto de controversia, en sus aspectos clínicos, éticos, legales y religiosos. Además, quienes no conocen las indicaciones y la técnica de la sedación o carecen de experiencia en medicina paliativa, pueden confundirla con una forma encubierta de eutanasia. La mejor manera de afrontar los casos de petición de eutanasia y su aceptación social, es la correcta formación de los médicos y el desarrollo de los cuidados paliativos, de forma que ningún enfermo sufra innecesariamente al final de la vida. (10)

A lo largo de la historia los seres humanos han considerado a la muerte como un mito; del cual según varios factores condicionantes ya sean individuales, sociales, familiares, ambientales, entre otros; la actitud frente a la misma ha variado de una persona a otra y de un tiempo a otro sin que a pesar del avance intelectual existente más toda la tecnología puesta a disposición de la medicina , su apareamiento o riesgo de ocurrencia haya dejado de ser un fenómeno que ocasiona altos grados de estrés y angustia en las personas implicadas; es decir, el enfermo quien lleva el padecimiento y todos quienes se encuentren a su alrededor en calidad de acompañantes sean estos familiares o no. En

el siglo XIX la prioridad de la práctica médica era el alivio sintomático de las dolencias de los individuos, dado a que las patologías seguían su curso natural; orientación que a partir del siglo XX cambió debido a que la ciencia médica cada día más moderna se centró en la búsqueda de las causas y curas de los padecimientos de los individuos, quedando la búsqueda del alivio sintomático relegado a un plano secundario, esto último respaldado por el avance tecnológico así como el aumento de la esperanza de vida de la población en general , de alrededor de los 60 años ha aproximadamente los 80 años de edad Cortés, Sancho, Vicuña, & López, dieron consigo el aparecimiento de pacientes con enfermedades cuyo curso y evolución condicionan una alta demanda de necesidades a todo nivel lo que despertó el sentir humanitario de los profesionales sanitarios cuya misión se centró en la búsqueda de brindar una adecuada calidad de vida tanto al enfermo como a su familia hasta el final. (11)

Cuidados Paliativos En El Salvador.

Los inicios de los cuidados paliativos en El Salvador tienen su origen en la creación del primer centro en este país, siendo en 1966 fundado el Hospital Divina Providencia por las Hermanas Carmelitas Misioneras de Santa Teresa, destinado para la atención de pacientes adultos con cáncer, el cual se creó con el objetivo de albergar a los pacientes del Instituto del Cáncer con limitaciones económicas que viajaban desde lejos para recibir su tratamiento. En el año 1999, reevalúa la atención brindada a los pacientes y se decide contratar a un médico a tiempo completo y se adopta la concepción de alivio del dolor y atención espiritual del paciente. Este movimiento se ha ido desarrollando y ha sido en el año 2002 que se inició el programa de Cuidados Paliativos como iniciativa del Sistema Nacional de Salud y actualmente cuenta con médicos, equipo de enfermería, fisioterapeutas y nutricionistas, así mismo atención psicológica y acompañamiento emocional a los pacientes, mediante voluntariado. (10)

Contexto Internacional.

La OMS adoptó en 1990, la definición de cuidados paliativos (CP) como el “cuidado total activo de los pacientes, cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”, propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos. Se destacaba

que los cuidados paliativos, no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente, a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias, en consideración de ello, la OMS ha ampliado la definición de los mismos, como ya se mencionó anteriormente. (12)

Según la Sociedad Española en Cuidados Paliativos (SECPAL) las actuales guías internacionales de cuidados paliativos recomiendan que la intervención paliativa temprana a personas adultas con diagnóstico de enfermedades oncológicas y no oncológicas, mejora la calidad de vida de estos, teniendo como base más allá del pronóstico la gravedad, progresión y trayectoria de la enfermedad.

Es importante mencionar que los cuidados paliativos se aplican en el continuo de la vida, desde la edad pediátrica hasta adulto mayor. La asistencia debe prestarse donde la persona, niño o niña y la familia decidan permanecer, siempre que existan los recursos para llevarlos a cabo. La atención en su domicilio supone un impacto positivo en la calidad de vida, ya que reduce la sensación de miedo, aislamiento y desamparo. Ofrece considerables oportunidades de comunicación y socialización; además, de que otros miembros de la familia pueden compartir responsabilidades en los cuidados. (12)

Los cuidados paliativos se realizan a través de cuatro elementos básicos:

- Buena comunicación.
- Control adecuado de los síntomas.
- Aplicar medidas para aliviar o atenuar el sufrimiento.
- Dar apoyo a la familia antes de la muerte y durante el proceso del duelo. (12)

Diagnóstico Situacional de Enfermedades No Transmisibles.

Para el año 2013, el 35% de las defunciones en la red hospitalaria del MINSAL, fueron causadas por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con una letalidad del 7.8%, siendo el primer lugar la enfermedad isquémica del corazón (22.4%), seguido del accidente cerebro vascular (21.3%), enfermedad renal crónica (11%) y cáncer (9%) con 721 muertes, mientras que, para el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), del total de las defunciones hospitalarias, el 20.4% correspondieron al diagnóstico de cáncer.

Para el 2015 – 2016, en su Informe de labores, el MINSAL reporta que la diabetes mellitus, la enfermedad renal y el cáncer representan el 62 % del total de hospitalizaciones y el 57% de las defunciones por ECNT.

Según el Diagnóstico situacional de cáncer en El Salvador 2015, realizado con datos de la red nacional hospitalaria, en el período del 2009 al 2013, se evidenció que 63% de los casos, fue en mujeres y el 37% restante en hombres. (12)

Los principales tipos de cáncer encontrados por sexo fueron:

- Mujeres: cuello uterino (17%), mama (16%), leucemias (8%).
- Hombres: estómago (15%), leucemias (14%), linfomas (9%).

Además, se encontró que, las leucemias y los linfomas, se presentan con importante frecuencia en la infancia y la adolescencia, para posteriormente aparecer en los adultos mayores. El cáncer de cerebro y del sistema nervioso central (SNC) se observa con mayor número de casos entre los 0 y 14 años. (12)

Definición de cuidados paliativos.

Es la atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes portadores de una enfermedad grave o potencialmente mortal.

Su meta es prevenir o tratar lo más rápidamente posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios derivados de su tratamiento y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con el proceso mórbido o su terapéutica. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo, y tratamiento de los síntomas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Cuidado Paliativo como: Un modelo asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades potencialmente letales, y la de sus familias que se basa en la prevención y el control del sufrimiento con identificación precoz, evaluación y tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y existenciales. (13)

Objetivos de los cuidados paliativos.

Dentro de los principales objetivos de los Cuidados Paliativos destacan los siguientes: En cuanto a la esfera física, la meta principal es la de aliviar el dolor y otros síntomas molestos de los pacientes que en la mayoría de las veces suelen resultar sumamente incómodos, múltiples e incluso incapacitantes. (11)

Atender psicológica y espiritualmente a los pacientes para que puedan aceptar su padecimiento, se encuentren informados con lo que sucederá en el futuro y prepararlos frente a la muerte en la forma más completa posible, tratando de que el proceso sea observado de la forma más natural posible. Ofrecer un sistema de apoyo que ayude a los pacientes a llevar una vida lo más activa y creativa dentro de lo posible, hasta que sobrevenga la muerte, promoviendo de este modo su autonomía, su integridad personal y su autoestima. (11)

Brindar un sistema de apoyo que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente a su vez, acompañándolo de la manera más adecuada posible y a sobrellevar el período de duelo mediante diversas técnicas de trabajo tanto individual como colectivo. (11)

Filosofía de los cuidados paliativos.

El hombre tiene el “derecho a morir con dignidad” ha generado un debate bioético alrededor del final de la vida.

Sin embargo; autores entienden el derecho a una muerte digna, como el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio asistido, basándose en la libertad individual o autonomía del paciente. Se afirma, que nadie puede imponer la obligación de seguir viviendo a una persona, que, dado su extremo sufrimiento, ya no desea hacerlo. Sería un acto de compasión (beneficencia) la eutanasia o suicidio asistido, en tal situación; el no hacerlo se podría entender como una forma de maleficencia. (14)

Frente a estos planteos, un número creciente de estudiosos han reformulado la antigua ética del cuidado y del acompañamiento del enfermo terminal a través de la Medicina Paliativa, que da otra respuesta a esta problemática. Se plantea un abordaje integral del

enfermo terminal, en sus diferentes dimensiones: física, psicológica, social y espiritual. Se considera el acto de morir como un acto humano y se le da relevancia a la dimensión ética de la etapa final de la vida y del morir. (14)

Enfermería tiene una responsabilidad dual, a saber: preservar la vida y aliviar el sufrimiento. Sin embargo, hacia el final de la vida el alivio del sufrimiento adquiere una importancia mayor en la medida en que la preservación de la vida se hace progresivamente imposible. (14)

Se requiere no únicamente de una aptitud científica fruto de la formación, sino también una actitud profundamente humanitaria, en tanto tiene como valor central la dignidad humana y enfatiza la solidaridad empática entre el paciente y el equipo tratante. (14)

Origen y concepto actual de los cuidados de la medicina paliativa.

Los Cuidados paliativos se iniciaron en Inglaterra como resultado de la visión e inspiración de Cicely Saunders (1918 – 2005) enfermera y médica, que fue fundadora del Hospicio St. Christopher en Londres, en 1967, una institución dedicada al cuidado de los enfermos terminales. C. Saunders difundió la idea de que el propósito del cuidado en el hospicio, es dar apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad, de modo que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. Hace siglos, hospicio significaba lugar de reposo para viajeros o peregrinos. (14)

A Cicely Saunders le atrajo ese nombre, pues quería proveer un tipo de atención que combinara las habilidades de un hospital con la hospitalidad y el calor de un hogar. El centro de interés se desplazó de la enfermedad hacia el paciente y su familia, es decir, hacia la atención de la persona. (14)

El origen de los hospicios se remonta a Fabiola, matrona romana que en el siglo IV abrió su casa para los necesitados, poniendo en práctica obras de misericordia cristianas: alimentar a los hambrientos y sedientos, visitar a los enfermos y prisioneros, vestir a los desnudos, acoger a los extraños. En esa época la palabra hospicio significaba tanto anfitrión como huésped. La palabra sobrevivió en conexión con hospitales conventuales o asilos. (14)

En el siglo XVIII, un médico de Edimburgo llamado John Gregory hizo una descripción que expresa lo que deben ser los cuidados paliativos: “el deber de un médico consiste tanto en curar enfermedades, como en aliviar el dolor y allanar los caminos de la muerte cuando esta es. Inevitable. Aun en los casos en los cuales su habilidad técnica específica como médico no pueda hacer ya nada más, su presencia y asistencia amistosas puede ser agradable y útil, tanto a su paciente como a la familia. El primer hospicio fundado específicamente para moribundos es probablemente el de Lyon, en 1842. (14)

Madame Garnier continuó abriendo muchos otros, la mayoría de los cuales aún existen. En Gran Bretaña se creó, en 1905, el hospicio St. Joseph de las Hermanas de la Caridad. En 1893 el Dr. Howard Barret fundó el St. Luke’Home, para pobres moribundos, similar a los hospicios modernos. El hospicio St. Christopher se abrió en 1967, al sur de Londres, con 54 camas y acomodación adicional para 16 ancianas frágiles. (14)

Atrajo mucho interés desde el exterior y pronto se convirtió en el punto de encuentro para un movimiento de protesta que anhelaba un mejor trato para los moribundos, rechazados por un sistema de salud que a mediados del siglo XX se había dejado seducir progresivamente por el glamour de las terapias curativas y el resplandor de la alta tecnología terminal” considera los siguientes elementos esenciales en el tratamiento de la enfermedad terminal:

- Preocupación por el paciente y su familia como unidad de asistencia.
- Tratamiento por un equipo clínico especializado.
- Control experto de los síntomas comunes del cáncer terminal, especialmente del dolor en todos sus aspectos (dolor total).
- Enfermeras hábiles y experimentadas.
- Un equipo interprofesional.
- Un programa de asistencia domiciliaria.
- Asistencia después de la pérdida.
- Registro y análisis metódico de los casos.

- Enseñanza en todos los aspectos del cuidado terminal.

Empleo inteligente del espacio disponible en la institución. (14)

A.1.2 Cáncer

El cáncer es la principal causa de muerte en el mundo: en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones, es decir, casi una de cada seis de las que se registran. Los tipos de cáncer más comunes son los de mama, pulmón, colon y recto y próstata. (15)

Es un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, en un proceso que se denomina metástasis. La extensión de las metástasis es la principal causa de muerte por la enfermedad. (15)

Estatificación del Cáncer.

El estadio se refiere a la extensión del cáncer, es decir, qué tan grande es el tumor y si se ha extendido.

Al referirse a un cáncer, los doctores mencionan siempre el estadio asignado al cáncer al momento del diagnóstico, aun cuando empeore o se extienda. Cualquier información nueva de cambios en el cáncer con el tiempo se añade a la designación original del estadio. De esta forma, el estadio no cambia, aun cuando el cáncer pueda cambiar. (16)

- **Estadio 0.** Este estadio describe el cáncer in situ. “In situ” significa “en el lugar”. Los cánceres de estadio 0 aún se ubican en el lugar en el que se iniciaron. No se diseminaron a los tejidos adyacentes. Este estadio del cáncer suele ser curable. Por lo general, se puede extirpar todo el tumor con una cirugía. (16)
- **Estadio I.** Por lo general, este estadio es un cáncer que no ha crecido profundamente en los tejidos adyacentes. Además, no se ha diseminado a los

ganglios linfáticos ni a otras partes del cuerpo. A menudo se le denomina cáncer en estadio temprano. (16)

- **Estadio II y Estadio III.** En general, estos 2 estadios son cánceres que han crecido más profundamente en los tejidos adyacentes. También es posible que se hayan diseminado a los ganglios linfáticos, pero no a otras partes del cuerpo. (16)
- **Estadio IV.** Este estadio significa que el cáncer se ha diseminado a otros órganos o partes del cuerpo. También se le puede denominar cáncer avanzado o metastásico. (16)

Causas del dolor oncológico.

Las causas del dolor oncológico son muy variadas, y habitualmente en el paciente con cáncer hay múltiples causas y localizaciones de dolor. (17)

Las principales causas del dolor oncológico son:

La invasión tumoral de estructuras adyacentes (70%): Como puede ser la invasión de estructuras óseas, invasión de elementos vasculares o nerviosos, obstrucción intestinal o la infiltración de vísceras huecas. (17)

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos (20%): Entre los que cabe mencionar las intervenciones quirúrgicas, los efectos secundarios propios de la quimioterapia (mucositis gastrointestinal y bucofaringea, neurotoxicidad) y/o de la radioterapia (enteritis rádica, cistitis rádica, osteonecrosis rádica). (17)

Síndromes inducidos por la neoplasia (<10%): Como son los síndromes paraneoplásicos. (17)

Otras causas extraoncológicas: como la artrosis, osteoporosis, cardiopatía isquémica, infarto de miocardio. (17)

Clasificación del dolor oncológico.

El dolor oncológico puede ser clasificado de múltiples formas, teniendo en cuenta el mecanismo de producción, su duración en el tiempo, o su localización.

Clásicamente el dolor se ha clasificado en tres grandes subtipos, en base a la neurofisiología y neuroanatomía del dolor:

Dolor somático: Es el dolor que se produce como consecuencia de la activación de los nociceptores en la piel o en los tejidos profundos. Suele tratarse de un dolor bien localizado. Algunos ejemplos de este tipo de dolor son el dolor por metástasis óseas (9), el dolor musculoesquelético y miofascial.

Dolor visceral: El dolor visceral surge tras la activación de los nociceptores por infiltración y/o compresión de vísceras torácicas, abdominales o pélvicas. Típicamente aparece en la carcinomatosis peritoneal, sobre todo en el seno del cáncer pancreático. Se trata de un dolor difuso y mal localizado. En su fisiopatología parece jugar un papel importante los receptores opioides kappa.

Dolor neuropático: El dolor neuropático está causado por una lesión primaria o por una disfunción en el sistema nervioso central o periférico, con destrucción y/o afectación nerviosa. Este tipo de dolor generalmente se describe como descargas paroxísticas con sensación de ardor o quemazón, o bien como pinchazos o entumecimiento y hormigueo.

Otra forma de clasificar el dolor oncológico es en función de la duración del mismo en el tiempo:

Dolor agudo: Es un dolor de corta duración (duración inferior a 6 meses), y generalmente de aparición brusca. (18)

Dolor crónico: Es el dolor que suele aparecer de forma lenta, y habitualmente tiene una duración en el tiempo superior a los 6 meses. (18)

Evaluación del dolor oncológico.

Previo al inicio del tratamiento del dolor en los pacientes oncológicos es preciso realizar una valoración multidimensional del dolor, en un intento de indagar sobre los mecanismos fisiopatológicos, y otros factores asociados al dolor como los emocionales y psicológicos. (18)

Es preciso valorar de forma exhaustiva una serie de aspectos relacionados con la percepción del dolor por parte del paciente oncológico:

Intensidad del dolor: La intensidad del dolor tiene un carácter muy subjetivo, y para su valoración existen distintas escalas de evaluación. (18)

Tipo de dolor: Es conveniente diferenciar entre el dolor somático, visceral, neuropático o mixto, puesto que cada tipo de dolor puede requerir un tratamiento distinto. Ya que por ejemplo, el dolor neuropático es mucho más resistente a los opioides clásicos como la codeína, morfina o el fentanilo, y aparentemente responde mejor a la oxicodona, buprenorfina y sobre todo a la metadona. (18)

Además, los fármacos coadyuvantes como la gabapentina, venlafaxina, amitriptilina, carbamacepina o pregabalina son útiles en el tratamiento del dolor neuropático.

Patrón del dolor: Hace referencia al momento del comienzo del dolor, su duración o persistencia.

Factores desencadenantes: Es necesario identificar los posibles factores que precipitan el cuadro del dolor para evitarlos, como pueden ser la humedad, el frío, el movimiento, la ansiedad, la tensión física o emocional. (18)

Factores de alivio: Existen distintas circunstancias que puede mitigar el dolor oncológico como el descanso, la aplicación de calor o frío y la medicación analgésica. (18)

Síntomas que acompañan al dolor oncológico: Distintos síntomas puede asociarse al cuadro del dolor como las náuseas, los vómitos, las diarreas o el mareo. (18)

Efectos del dolor sobre las actividades de la vida diaria: El dolor oncológico puede conllevar con frecuencia una limitación de las actividades de la vida diaria, como la imposibilidad para el aseo personal, afectación de las relaciones sociales y familiares, o la dificultad para la deambulaci3n, que puede llevar a una mayor depresi3n del estado del 3nimo, y 3sta a su vez causar un mayor dolor. (18)

Examen f3sico del paciente oncol3gico: Con el examen f3sico podemos analizar las respuestas fisiol3gicas del paciente ante el dolor y las respuestas conductuales. (18)

Valoración del dolor oncológico.

La evaluación integral del dolor es un tema fundamental en la planificación de la terapéutica analgésica. La IASP propone la descripción del dolor en cinco ejes importantes:

- 1) Localización e irradiación.
- 2) Sistema orgánico implicado.
- 3) Característica temporal.
- 4) Intensidad.
- 5) Etiología.

A esto hay que añadir una evolución psicosocial básica, la descripción de los factores moduladores del dolor, los antecedentes de adicción al alcohol u otras drogas, y la respuesta, toxicidad y titulación de los tratamientos previos. La valoración se realizará en el tiempo, antes y durante el tratamiento. (18)

Existen diferentes formas de medir la intensidad del dolor, y una de las más comunes es la escala visual analógica (EVA), la cual consiste en valorar mediante una regla marcada con puntuaciones del 0 al 10, donde el paciente podrá expresar la puntuación que da la intensidad de su dolor. Esta escala puede aplicarse en todo tipo de pacientes. A aquellos que no entiendan la escala, se les puede ayudar con descriptores dolor leve: EVA 1-3, dolor moderado: EVA 4-6, dolor severo: EVA 7-10, e incluso, en pacientes pediátricos, en los que se puede acompañar la regla con ilustraciones de expresiones faciales o colores, con los que puedan identificar las diferentes intensidades. (18)

Aunque las más utilizadas son las escalas unidimensionales, las multidimensionales están más completas, abordan múltiples dimensiones: sensorial situación, intensidad, calidad y modelo de dolor, afectiva el miedo, depresión y ansiedad), cognoscitiva la apreciación global de dolor y conductuales situaciones en que alivia y agrava. (18)

Además de la utilización de escalas, para valorar la intensidad del dolor también se debe hablar con el paciente, para que cuente su experiencia con sus propias palabras. Para establecer el tratamiento farmacológico, se indagará por la existencia de alguna alergia

medicamentosa, lo cual es muy importante para evitar errores graves en la administración de medicamentos. (18)

A1.3 Intervenciones de enfermería en la atención oncológica.

Atendiendo al proceso natural del cáncer se identifican ámbitos específicos que precisan ser abordados tanto de forma individual como coordinados simultáneamente entre sí, que constituyen las fases del proceso oncológico:

1. **Prevención primaria:** consiste en disminuir o eliminar la exposición a los riesgos de desarrollar algunos tipos comunes de cáncer. Se estima que entre cinco y siete casos de cáncer de cada diez podrían evitarse si se modificaran ciertos estilos de vida. Ésta es una fase que mayoritariamente se desarrolla en el ámbito de la salud pública y la atención primaria. (19)
2. **Prevención secundaria o detección precoz:** se refiere a los programas de cribado para determinados tipos de cáncer, en los cuales se ha demostrado su efectividad, es decir, la disminución de la mortalidad por cáncer. En este ámbito observamos como elemento diferenciador el consejo genético, que tiene por objetivo plantear predicciones y acciones específicas para evitar la aparición de algunos tipos de cáncer que se presentan siguiendo un patrón de asociación familiar. (19)
3. **Diagnóstico:** el diagnóstico correcto es uno de los factores fundamentales para una intervención asistencial eficaz. Participan varios niveles asistenciales y diversas disciplinas profesionales. Esta fase se caracteriza por el reconocimiento de síntomas como sospecha fundamentada de cáncer y la realización de pruebas diagnósticas. (19)
4. **Tratamiento:** la elección de la mejor opción terapéutica se basa en la utilización de la evidencia científica, en el consenso y la coordinación profesional mediante los comités de tumores, y en las características individuales de los pacientes. El desarrollo del plan terapéutico es fundamental y cobra mayor complejidad cuando requiere la intervención de diversas instituciones sanitarias para proporcionar el tratamiento completo. (19)

5. **Seguimiento:** esta fase se centra en la valoración de la respuesta al tratamiento y el control de sus posibles complicaciones, así como de las recidivas. Generalmente se desarrolla a lo largo de los años en los centros donde se ha proporcionado el tratamiento. Actualmente, debido al aumento de la supervivencia en tumores de alta incidencia, el seguimiento a largo plazo en adultos es un elemento motivo de estudio sobre el tipo de asistencia necesaria y la organización de ésta. (19)
6. **Cuidados paliativos:** corresponde a la fase avanzada o terminal de la enfermedad, cuando el objetivo principal es el confort a lo largo de la progresión del cáncer. Su atención implica a todos los niveles asistenciales. (19)

A.1.4 Cuidados de la piel.

El mal estado general, la deshidratación, la desnutrición, la inmovilidad, secreciones y exudados, el prurito. Todo esto favorece en el paciente terminal la aparición de erosiones e infecciones en la piel. (20)

Para evitar estas complicaciones lo más importante es una higiene adecuada, adoptando las medidas necesarias para evitar una piel muy seca o muy húmeda, una buena hidratación y una dieta rica en proteínas y carbohidratos, suplementos de vitamina C, facilitar la circulación sanguínea mediante masajes o fricciones, evitar roces y arrugas en la ropa de la cama, favorecer la movilidad del paciente y realizar frecuentes cambios posturales, pueden ser muy útiles los colchones antiescaras o el almohadillado de las zonas más vulnerables. (20)

En las úlceras por decúbito el objetivo será conseguir una buena limpieza, alivio de las molestias y evitar el empeoramiento de las heridas, para lo que serán muy útiles los apósitos hidrocoloides que producen un desbridamiento químico, favorecen la cicatrización, evitan las infecciones, disminuyen el dolor y absorben el exudado de la herida, además no es necesario cambiarlos a diario. (20)

Las úlceras malignas por afectación directa o metastásica de la piel van destruyendo el tejido de forma progresiva sin posibilidades de cicatrización. La radioterapia puede controlar el sangrado y disminuir el tamaño de la lesión. En otras ocasiones la cirugía e

incluso la quimioterapia pueden tener su indicación, pero cuando se han agotado todas estas posibilidades el tratamiento irá encaminado a mantener al paciente lo más cómodo posible y evitar las complicaciones. (20)

En úlceras no infectadas se deben hacer lavados con suero fisiológico sin rozar la zona de la herida para disminuir el riesgo de sangrado. Se pueden utilizar compresas de tul engrasadas o impregnadas en vaselina, hidrocoloides para evitar el exudado y lidocaína viscosa al 2 % para el dolor. (20)

Si la úlcera está infectada, generalmente malolientes y dolorosas, se deben lavar con agua oxigenada y luego suero fisiológico. Usaremos Metronidazol 400-500 mg / 12 h vía oral o rectal y si no es tolerado Metronidazol tópico en gel. (20)

En úlceras sangrantes se pueden usar apósitos hemostáticos y valorar si la radioterapia está indicada. (20)

Anorexia y caquexia.

La caquexia es un estado de desnutrición severa que se caracteriza por la pérdida de peso, lipólisis, pérdida de proteínas musculares y viscerales, anorexia, náuseas crónicas y debilidad. Aparece en el 80 % de los pacientes con cáncer, siendo muy frecuente en la mayoría de los tumores sólidos con la excepción del cáncer de mama. Las alteraciones metabólicas, la malabsorción y la disminución de la ingesta calórica son las causas fundamentales, siendo la pérdida de peso un factor de mal pronóstico independiente en relación con la supervivencia. (20)

Los niveles de albúmina, así como la medición de los pliegues tricipital y subescapular o la circunferencia del brazo pueden ser útiles para la valoración del estado nutricional del paciente y su seguimiento. (20)

1.1.5 Las últimas 48 horas.

Al llegar a esta situación el control de los síntomas sigue siendo el objetivo principal, evitando intervenciones innecesarias y prestando el apoyo necesario al paciente y a sus familiares. (20)

Se deben utilizar los fármacos necesarios, pudiendo prescindir de otros como antihipertensivos, antidepresivos, hipoglucemiantes, que hasta hace poco eran esenciales. Según la situación clínica del paciente y el tipo de fármaco utilizaremos la vía de administración más adecuada (sublingual, subcutánea, transdérmica, rectal). (20)

Si estamos utilizando morfina para el control del dolor y es necesario pasar de la vía oral o rectal a la parenteral debemos reducir de un tercio a un medio la dosis total para compensar la diferencia en biodisponibilidad. (20)

El Fentanilo transdérmico presenta un retraso de 24-48 horas en alcanzar niveles efectivos por lo que si el paciente no lo estaba usando previamente debemos utilizar otros analgésicos de acción más precoz. (20)

En caso de disnea estará indicado el uso de opioides y benzodiazepinas a las dosis necesarias para evitar el sufrimiento del paciente.

Los estertores premortem son el ruido que produce el paso del aire a través de las secreciones acumuladas en las vías respiratorias del paciente moribundo. Es necesario explicarle a la familia porque se producen y hacerles entender que no molestan al paciente en su actual situación. Debemos restringir la sueroterapia y utilizar anticolinérgicos como el N-butilbromuro de hioscina (buscapina) a dosis de 20 mg cada 6-8 horas vía subcutánea por su acción antisecretora. La aspiración sólo estará indicada en caso de que el paciente esté inconsciente y para evitar ansiedad en la familia. (20)

El morir humano puede suceder por enfermedad aguda o crónica, accidente, suicidio o asesinato, vejez, en el caso de las enfermedades malignas puede ocurrir por progresión de la misma, o complicación de los tratamientos o procedimientos. Tal es el caso del cáncer que constituye una de las primeras causas de muerte en el mundo. (20)

Es importante que el paciente y los familiares sientan que reciben la mejor atención posible. Para ello el personal de la salud debe entender que el paciente debe ser tratado desde un punto de vista biopsicosocial, así como conocer una serie de manifestaciones y necesidades por las que transcurre el enfermo terminal. (20)

Desde el punto de vista psicológico cuando al paciente se le diagnostica o imagina una enfermedad maligna transcurre por diferentes fases de la agonía: negación, rebelión, negociación, depresión, aceptación. (20)

El cuerpo experimenta dolor mientras el “yo” sufre. El sufrimiento ataca la integridad y totalidad del individuo dominando su autopercepción y produciendo agonía permanente.

Muchas personas encuentran que su religión es de gran apoyo, con frecuencia buscan ese sostén en los representantes de su fe, incluso los incrédulos se encuentran reconfortados en creer en un ser superior. La atención de enfermería en cuanto al aspecto emocional va encaminada a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda de afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo. (21)

La enfermera debe conocer que el síndrome de enfermedad terminal consta de tres fases:

Fase 1. Pre diagnóstico y diagnóstico: intervalo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico definitivo. Progreso anatómico y clínico de la enfermedad. (21)

Fase 2. Enfermedad establecida: se caracteriza por el alivio de los síntomas y la instauración de las modalidades de tratamiento. (21)

Fase 3. Deterioro y declinación: cuando no queda nada por hacer, se caracteriza por la aplicación de cuidados paliativos, ya que hay una falla de los mecanismos de homeostasis del organismo. (21)

Las necesidades físicas del moribundo son similares a las de cualquier paciente muy grave, a menos que la muerte sea inminente. La atención de enfermería relacionada con la falla de los mecanismos de homeostasis del cuerpo va encaminada a:

Pérdida del tono muscular por la incapacidad del enfermo para controlar la defecación y la micción, se relaja el esfínter rectal y vesical y como resultado hay micción y defecación involuntaria: (21)

- Colocar sonda permanente aumentando diámetro de la misma paulatinamente.

- Cambiar de posición para evitar las úlceras por decúbito según estado del paciente.
- El paciente necesitará medidas de apoyo (almohadas) para facilitar cambios de posición y evitar estancamiento de la sangre.
- Colocar colchón antiescara.
- Curar lesiones que aparezcan.

Disminución del peristaltismo: el paciente está anoréxico, pero suele desear sorbos frecuentes de agua, es posible que tenga seca la boca por la deshidratación y febrícula que precede a la muerte:

- Mantener buena higiene bucal.
- Alimentación parenteral según estado, ya que se distiende el abdomen y puede causar náuseas. (21)

Enlentecimiento de la circulación: las extremidades se tornan cianóticas frías y pegajosas:

- Tratar de administrar por vía intravenosa los analgésicos ya que como la circulación disminuye se reduce eficacia de los analgésicos.
- Aplicar pirámide analgésica, para administrar narcótico, se debe usar frecuente, sin interrupción por vía subcutánea ya que la vida media del medicamento dura más en sangre, en los dolores muy intensos usar narcótico endovenoso. (21)

Deterioro respiratorio:

- Aspirar garganta si es necesario, para garantizar vías permeables.
- Posición de fowler aumenta ventilación pulmonar, promueve drenaje de secreciones bucales y evita la broncoaspiración.
- Administrar oxígeno según necesidad.
- Brindar apoyo emocional. (21)

Pérdida de los sentidos:

a) Visión borrosa.

- Habitación iluminada para preferencia del paciente.
- Quitar secreciones con algodón en solución salina.
- Instilar ungüento oftálmico.
- Tapar ojos si es necesario con apósitos oculares, evita úlceras corneales. (21)

b) Audición: es el último sentido que desaparece:

Aunque el paciente no puede responder, suele comprender lo que hablan las personas.

La comunicación con estos pacientes debe centrarse en:

Realizar entrevistas claras, cortas, correctas, centradas en el paciente, tratando de no engañarlo, aunque en ocasiones es innecesario decirle toda la verdad, pero lo que se diga debe corresponderse con ella. (21)

Inspirarle confianza, cercanía, evitar distanciamientos o evasiones dañinas que aumenten los sufrimientos, no invadir su espacio físico, actuar con cautela y respeto.

La muerte no debe centrarse como único tema de conversación:

1. Considerar lenguaje verbal y no verbal.
2. Saber escuchar, no inducir respuestas, respetar el silencio útil.
3. No perder el orden del relato, estimular a continuar tema.
4. Interpretar cuando sea necesario, asistir a asuntos concretos.
5. Estimular al control de la toma de decisiones.
6. No reprimirle reacciones emocionales de ira y de cólera, permitirle expresar culpabilidad, comprender su depresión dejarlo solo cuando lo desee.
7. Prestar atención a su dolor, quejas y sufrimientos, no negarlos.

8. Darle apoyo emocional auténtico, compartir con naturalidad sentimientos de familia.
9. Brindarles esperanzas sin evadir su realidad de enfermo terminal.
10. Hablar al lado del paciente con voz normal sin susurros.
11. Ayudar al paciente a morir con dignidad es un reto de la Ética médica. Dignidad significa merecer respeto, no ser tratado con lástima ni vergüenza. (22)

A.1.6 Escalas de valoración del dolor.

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente. Con ello, podemos ajustar de una forma más exacta el uso de los fármacos analgésicos. Puesto que, recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en los casos en los que los pacientes refieran un dolor severo de inicio. Así se debería de iniciar directamente con el tercer escalón de la analgesia sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado. (21)

Estas escalas de valoración del dolor oncológico son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes, con lo que se recomienda su utilización en la práctica clínica diaria. Existen diferentes escalas de la valoración del dolor:

Escalas verbales o de descriptores verbales: Mediante el uso de estas escalas se evalúan la intensidad del dolor y el grado de mejoría que experimenta el paciente oncológico, a partir de palabras que expresan diversos grados de intensidad, bien sea en orden decreciente o bien creciente. El número de niveles puede variar de 4 a 15. (21)

Escala gráfica: Se trata de una escala analógica visual en la que se indican números o adjetivos a lo largo de una línea, definiendo diversos niveles de intensidad del dolor. Este tipo de escala también puede utilizarse para comprobar el grado de efectividad del tratamiento. (21)

Escala analógica visual (EVA): Esta escala de dolor fue ideada por Aitken en 1969, y consiste en una línea horizontal o vertical de 10 centímetros de longitud, cuyos extremos

están señaladas con los términos "no dolor" y "dolor insoportable". Y es el paciente el que colocará la cruz en la línea en función del dolor que experimente. La EVA también puede ser usada para valorar la respuesta al tratamiento analgésico. (21)

Además de la utilización de escalas, para valorar la intensidad del dolor también se debe hablar con el paciente, para que cuente su experiencia con sus propias palabras. Para establecer el tratamiento farmacológico, se indagará por la existencia de alguna alergia medicamentosa, lo cual es muy importante para evitar errores graves en la administración de medicamentos. (21)

A.1.7 Agonía.

La agonía más que un síntoma de los enfermos en fase terminal constituye la última fase de su enfermedad, que abarca desde las últimas horas hasta los 3-5 últimos días, según los diversos autores (aunque a veces este período puede ser más largo) y que se define como el estado de dolor, lucha y sufrimiento que padecen las personas antes de morir de aquellas enfermedades en las que la vida se extingue gradualmente. (21)

En esta situación se produce un deterioro progresivo de las funciones físicas, biológicas, emocionales y de relación con el entorno consecuencia de la evolución de su enfermedad y es fundamental anticiparnos a los síntomas que previsiblemente se van a producir. (21)

Con mucha menor frecuencia, el fallecimiento de estos enfermos se produce de forma brusca como consecuencia de una complicación imprevista, como podría ser una hemorragia masiva que, aunque evita el sufrimiento final de la fase de agonía, resulta muy impactante tanto para el enfermo como para su familia. (21)

Resulta importante establecer el diagnóstico de la agonía para replantearnos los objetivos terapéuticos, aunque a veces esto no es siempre fácil y en muchas ocasiones se siguen intentando tratamientos activos buscando una esperanza de mejoría del enfermo que no parece un objetivo adecuado en esta fase. (21)

Síntomas más frecuentes en la fase de agonía.

- Somnolencia y confusión
- Estertores y respiración ruidosa.
- Agitación terminal y delirio.
- Dolor.
- Disnea.

Aunque los síntomas citados son los más frecuentes, son múltiples los síntomas y signos físicos que pueden aparecer e igualmente puede constatarse empeoramiento de los ya existentes. Es característico que en esta fase observemos: (21)

- Alteración de las constantes biológicas: taquicardia, hipotensión arterial, hipertermia, pulso irregular y rápido, respiración superficial con pausas de apnea.
- Deterioro del estado de conciencia con somnolencia, desorientación, y muy frecuentemente síndrome confusional.
- Alteraciones esfinterianas con retención o incontinencia tanto urinaria como fecal.
- Aumento de la debilidad, postración, dificultad para la ingesta de alimento y medicación.
- Ansiedad, depresión, crisis de pánico por percepción de muerte inminente.
- Alteraciones visuales como visión borrosa o desenfocada, aunque se mantiene el oído y el tacto hasta el final.
- Aparición de estertores. (21)

A.1.8 SEDACIÓN PALIATIVA.

Es la disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis adecuadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios. (21)

La sedación paliativa en la agonía.

Es la sedación paliativa que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación la sedación es continua y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento. (21)

Tipos de sedación.

La sedación paliativa puede ser, según su temporalidad:

- **Sedación continua:** sin períodos de descanso.
- **Sedación intermitente:** permite períodos de alerta. Indicada para ciertos procedimientos, como curas complejas o movilizaciones complicadas, y especialmente indicada para casos de sufrimiento existencial refractario. (21)

Según su intensidad:

- **Sedación profunda:** no permite la comunicación con el paciente.
- **Sedación superficial:** permite la comunicación del paciente, continua o intermitente y su profundidad se gradúa para alcanzar el nivel de sedación que logre el alivio de los síntomas. (21)

Indicación de la sedación paliativa requisitos.

Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita debe reunir una serie de condiciones:

1. Se plantea ante un síntoma refractario, no ante un síntoma de difícil control.

El paciente debe padecer una enfermedad avanzada en fase terminal. No hay posibilidades razonables de otro tratamiento para controlar el síntoma:

- Por adecuación del esfuerzo terapéutico determinada por el médico.
- Por rechazo al tratamiento decidido por el paciente, su tutor o familiar de referencia o en instrucciones previas.
- Por encontrarse el paciente en situación de agonía.

- Por falta de disponibilidad de otros tratamientos.
 - La sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden. (21)
2. Dejar constancia en la historia clínica: etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a estos.
 3. Evaluación interdisciplinar.
 4. Intención de aliviar el sufrimiento: utilización de dosis adecuadas y proporcionadas al síntoma que queremos aliviar (dosis mínima eficaz), ajuste de la dosis al nivel de conciencia, reversibilidad y uso de fármacos de rápida metabolización y vida media.
 5. Se debe obtener siempre el consentimiento informado del paciente. Este aspecto se desarrollará en el siguiente punto dada su relevancia. (21)

Indicaciones Clínicas.

- A. Cualquier síntoma refractario que no sea controlable pese a los mejores cuidados.
- B. Emergencias específicas:
 - Delirium hiperactivo refractario al tratamiento con neurolépticos (Agitación terminal).
 - Convulsiones (Status epilepticus).
 - Sofocación (Disnea incontrolable con otros métodos, y obstrucción aguda e irreversible de las vías aéreas).
 - Hemorragia masiva con compromiso vital inmediato. (18)

Recomendaciones en sedación paliativa en paciente en etapa final de vida.

Es preciso individualizar la decisión terapéutica para cada paciente. Si es posible, se debería conocer y respetar la actitud y/o la decisión del paciente y su familia.

No se deben suprimir los cuidados elementales de higiene y confort ni suspender la medicación elemental para el control sintomático. Se deben omitir o suspender los

tratamientos médicos que no se dirijan a producir un alivio si es predecible que no afectan de manera significativa el pronóstico del enfermo. Se puede plantear la sedación como última medida de control de síntomas. (18)

A.1.9 Manejo del paciente oncológico en etapa final de vida.

Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) la enfermedad terminal se caracteriza por:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades de respuesta a tratamientos específicos.
- Numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita a no de la muerte.
- Pronóstico inferior a 6 meses. (20)

Aunque dada la dificultad para establecer pronósticos de supervivencia el valor de este último punto es únicamente estadístico, el paciente terminal tiene por definición una expectativa de vida corta y nuestro objetivo debe ser un control efectivo de los síntomas mejorando en lo posible su calidad de vida. (20)

Es importante diferenciar los pacientes terminales de aquellos que se encuentran en un estadio avanzado de su enfermedad, con pocas posibilidades de curación pero que son capaces de responder potencialmente a tratamientos específicos que no han sido aplicados y podrían aumentar la supervivencia y/o mejorar la calidad de vida si son eficaces. Enfermedad metastásica avanzada no tiene por qué ser sinónimo de enfermedad terminal. (20)

Este grupo de pacientes precisa por tanto de la atención de unidades especializadas en cuidados paliativos que son definidos por el Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa de Europa contra el Cáncer como la “Atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familiares por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la

curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo". (20)

Como es lógico todo esto se escapa de la labor que puede y debe realizar un servicio de urgencias, pero aun así el 80% de los fallecimientos en las grandes ciudades ocurren en el hospital y no es infrecuente que nos encontremos familiares que no saben cómo manejar determinadas situaciones y no tienen otra posibilidad que acudir a su hospital de referencia. En muchas ocasiones basta con un tratamiento adecuado de los síntomas y por supuesto poner a la familia en contacto con las unidades de cuidados paliativos que podrán hacer un seguimiento cercano del paciente ayudándole en todo momento según sus necesidades. (20)

Como muchos de los síntomas que presentan los pacientes en situación terminal los más frecuentes destacando su manejo específico en estos casos son:

1. Dolor:

Este es uno de los síntomas más frecuentes y que más influye en el bienestar del paciente terminal. Destacar la importancia de usar las dosis adecuadas en intervalos regulares de los analgésicos utilizados según las características del dolor y la situación del paciente. Siempre que sea posible debemos usar la vía oral. (20)

2. Disnea:

Es un síntoma subjetivo que se define como la sensación de falta de aire y es una de las situaciones que más angustia al enfermo y a la gente que le rodea. Su fuerte componente psicológico hace que los niveles de ansiedad lleven al enfermo a crisis de pánico que agravan la situación entrando en un círculo vicioso que debemos detener. (20)

3. Hipo:

Es un reflejo patológico mediado por el nervio frénico que se produce por un espasmo súbito del diafragma y la glotis con sacudidas de la pared torácica y abdominal y un

sonido agudo inspiratorio. Las causas más frecuentes en pacientes con cáncer avanzado suelen ser: (20)

- A. Irritación del nervio frénico por afectación tumoral.
- B. Irritación del diafragma por infecciones o cáncer.
- C. Uremia.
- D. Dispepsia gástrica.
- E. Elevación del diafragma por ascitis o hepatomegalia.

4. **Tos:**

Es un mecanismo fisiológico que protege el árbol respiratorio pero que si se hace repetitivo se convierte en patológico produciendo vómitos, fatiga, insomnio, dolor torácico o abdominal. (20)

5. **Estridor:**

Sonido inspiratorio producido por la obstrucción de la laringe o de las vías respiratorias altas. (20)

A.1.10 Fármacos adyuvantes.

Este grupo incluye a los esteroides, anticonvulsivantes, antidepresivos, antagonistas N-Metil-D-Aspartato (NMDA), anestésicos locales, agonistas beta-adrenérgicos, alfa dos agonistas, bifosfonatos, radio fármacos, entre otros. Se sugiere emplearlos una vez identificada la etiología y presencia de comorbilidades asociadas al dolor, o cuando su utilidad sea superior a la posible presentación de efectos indeseables. (23)

Los bifosfonatos pueden considerarse como primera línea de tratamiento en el dolor óseo metastásico por cáncer de mama, próstata, pulmón o en mieloma múltiple, así como disminuir la morbilidad esquelética. Se recomiendan al detectar metástasis y continuarlos hasta que su utilidad disminuya. (23)

Los datos obtenidos en revisiones sistemáticas recomiendan que los radioisótopos tienen un efecto favorable a corto y a mediano plazo en el control del dolor. (23)

Estudios aislados describen que el estroncio 89 y el samario 153 disminuyen el dolor causado por la enfermedad ósea metastásica por cáncer de próstata y mama. (23)

El dolor por cáncer con componente neuropático es frecuente; presente hasta en un 40 % de los diferentes síndromes de dolor oncológico. Existen múltiples medicamentos de eficacia modesta para el abordaje de dolor neuropático, los cuales se usan como adyuvantes, y son:

- A. Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina).
- B. Anticonvulsivantes (gabapentina, carbamazepina y pregabalina).
- C. Corticoides (dexametazona, prednisona).
- D. Agentes anestésicos transdérmicos (lidocaína en parches).

La gabapentina y la carbamazepina ofrecen un adecuado alivio del dolor neuropático (66 % de los pacientes). Con la administración combinada de un opioide + gabapentina para el control del dolor, se han observado efectos adversos, como son boca seca, constipación y sedación, en pacientes oncológicos. En estudios recientes se ha propuesto el uso de anestésicos tópicos locales (lidocaína, parche 5 %) para prevenir el dolor causado por procedimientos, y aliviar el dolor neuropático localizado. (23)

El empleo de ketamina levógira como analgésico para el dolor oncológico refractario, debe ser supervisado por un especialista en el alivio del dolor o en medicina paliativa.

El empleo de corticoides para el tratamiento del dolor óseo asociado al cáncer y alivio de la obstrucción intestinal cuenta con poca evidencia; en estos casos se debería valorar el riesgo beneficio previo a la administración de corticoterapia. Moore y colaboradores apreciaron los beneficios de pregabalina para la neuropatía diabética y la neuralgia postherpética, sin embargo, evaluaron que no existe evidencia de alto nivel sobre su utilidad en el dolor oncológico. (23)

Analgésicos Opioides.

Los opioides son efectivos para el dolor oncológico moderado-severo, por lo que son considerados como tratamiento de primera línea; además, tienen la ventaja de presentar

efectos adversos predecibles, y una gran variedad de vías de administración: oral, intravenosa, subcutánea, intranasal, epidural, intratecal, transdérmica, submucosa, intraarticular e inhalada. (23)

Pueden clasificarse de varias formas:

Según su potencia analgésica en:

- **Opioides débiles:** codeína, tramadol e hidrocodona.
- **Opioides potentes:** morfina, hidromorfona, oxycodona, buprenorfina, fentanilo y metadona.

Morfina:

El sulfato de morfina es un analgésico opioide usado para el tratamiento del dolor moderado a severo. Actúa sobre los receptores opioides específicos encontrados en el Sistema Nervioso Central (SNC) y periférico. No tiene techo terapéutico, por lo que a medida que se incrementa la dosis, se eleva el efecto y existe un mayor riesgo de aparición de reacciones adversas. Se metaboliza principalmente en el hígado, por conjugación con el ácido glucurónico, a morfina-3-glucuronico (M3G) y morfina -6-glucuronide (M6G); solo el 5 % sufre desmetilación; el metabolito con mayor actividad analgésica es la morfina 6-glucuronico, que puede llegar a ser 100 veces más potente que la morfina. Los metabolitos contribuyen a la toxicidad, particularmente en los pacientes con deterioro renal. (23)

Para el dolor intenso se indican de 5-20 mg cada 4 horas por vía subcutánea o intramuscular; en pacientes ancianos o con peso menor de 70 Kg se debe comenzar con dosis de 30 mg/24 h. Si el dolor no disminuye, habrán de incrementarse las dosis a razón de un 30-50 % de la dosis total administrada; si mejora, la dosis debe calcularse para 24 horas y dividirse en intervalos entre 4-6 horas. (23)

Si hay disminución considerable del dolor, entonces puede cambiarse a la vía de administración oral o transdérmica. En un ensayo aleatorizado, Bandieri y colaboradores concluyeron que, en pacientes con dolor moderado tratados con bajas dosis, se redujo significativamente la intensidad del dolor al compararlo con los opioides débiles.

La medicación de rescate para el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes con dolor oncológico crónico debe ser dosificada a razón de 1/6 a 1/10 de la dosis regular de 24 horas, además debe estar siempre disponible. (23)

Oxicodona:

Los pacientes que nunca han tomado opioides deben iniciar con tabletas de liberación inmediata a dosis de 5-10 mg cada 4 horas, hasta alcanzar el alivio del dolor durante 24 horas, una vez alcanzado el control del dolor, incluyendo las dosis de rescate, el cambio a tabletas de liberación prolongada cada 12 horas. (23)

Metadona:

Dadas sus propiedades analgésicas, este opioide es una opción excelente para el tratamiento de dolor nociceptivo; por su bajo costo es ideal para el uso en América Latina. Juega un papel importante en el manejo del dolor derivado del cáncer. Sin embargo, es vital vigilar el aparato cardiovascular, ya que provoca prolongación del intervalo QT. (23)

Fentanilo transdérmico:

La vía de administración transdérmica solo está recomendada cuando la dosis de opioides en 24 horas ya está establecida y produce control del dolor. El empleo del parche de fentanilo no debe ser empleado en los pacientes que nunca hayan usado opioides. Esta forma farmacéutica es útil en aquellos pacientes que presentan dificultad para la deglución, náuseas o vómitos. (23)

Titulación de opioides.

En pacientes adultos mayores y aquellos quienes nunca hayan utilizado opioides, se debe iniciar el tratamiento con dosis bajas y titulaciones lentas. Deben anticiparse los efectos adversos, como la sedación, y educar a los pacientes en que estos serán tolerados rápidamente, excepto la constipación. Se deben administrar de forma regular, con horario para el dolor constante y para el dolor irruptivo se deben administrar dosis adicionales. Los efectos adversos deben ser prevenidos, por ejemplo, prescribir laxantes desde el inicio de la terapia para la constipación, y decidir un plan para su manejo. La

titulación rápida de opioides (morfina) vía intravenosa o subcutánea es recomendada en dolor moderado a severo por cáncer con EVA ≥ 5 . (23)

Se recomienda comenzar la titulación de opioides con una formulación de liberación rápida. Previamente, se debe valorar la dosis en 24 horas, incluyendo dosis de rescate. La dosis inicial de morfina en pacientes jóvenes y adultos sin uso previo de opioides es generalmente 5-10 mg cada 4 horas por vía oral, y en ancianos, de 2,5-5 mg. Las fórmulas de acción rápida permiten modificar la dosis si fuera necesario. El incremento de dosis se realizará cada 24 horas y no excederá 33-50 % de la dosis en 24 horas. Se sugiere esperar 24 horas de dosificación en horario y dosis de rescate, antes de aumentar la dosis regular de opioides de liberación inmediata. (23)

Una vez alcanzada la dosis óptima eficaz para el control del dolor en 24 a 48 horas con formulaciones de liberación rápida, se deben administrar fármacos de liberación retardada cada 12 horas o formulación transdérmica. Antes de proceder un nuevo incremento se debe evaluar durante 48 horas la dosificación administrada, incluyendo las dosis de rescate. (23)

Procedimiento para la sedación.

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son:

- Benzodiazepinas (midazolam).
- Neurolépticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina).
- Anticonvulsivantes (fenobarbital).
- Anestésicos (propofol).
- Primer escalón: midazolam, en general como primera opción. Aunque en el caso del paciente con delirium refractario, el fármaco de elección será la levomepromazina. La clorpromazina también es una primera opción válida.
- El segundo escalón: combinación de midazolam con levomepromazina o clorpromazina intravenosa.
- El tercer escalón: se pautará fenobarbital si el paciente está en su domicilio o propofol si permanece en el hospital. (7)

Es recomendable que la sedación se lleve a cabo en el lugar en que está siendo atendido el enfermo, ya sea en el hospital o en el domicilio y que sea aplicada por su médico. En el caso de que éste no se considere capacitado para ello, solicitará la ayuda a un equipo de cuidados paliativos o a un médico con la suficiente experiencia para ello.

Elección del fármaco y la vía adecuados

Los fármacos de elección en la sedación paliativa son, por este orden, las benzodiacepinas (midazolam), los neurolepticos sedativos (clorpromazina iv o levomepromazina sc) los anticonvulsivantes (fenobarbital im o sc) y los anestésicos (propofol iv). En el caso de la sedación paliativa en la agonía hay que valorar la retirada de los fármacos que ya no sean necesarios. (10)

El midazolam es siempre la primera opción, excepto cuando el síntoma refractario es el delirium, siendo en este caso de elección la levomepromacina. El midazolam puede usarse por vía subcutánea o endovenosa. La vía endovenosa, por lo general, se reserva para casos de urgencia (asfixia, hemorragia masiva, etc.) o cuando el enfermo ya tiene una vía venosa canalizada por otros motivos. (10)

El midazolam tiene una dosis techo aproximada de 150 a 200 mg diarios, a partir de la cual pueden producirse reacciones paradójicas. Existen formulaciones con diferentes concentraciones, por lo que se recomienda pautar siempre en mg y no en ml. Las presentaciones de uso más frecuente son las ampollas con 15 mg en 3 ml ó 50 mg en 10 ml. (10)

La levomepromacina se usa como primera opción en casos de delirio refractario, y como segunda opción cuando fracasa la sedación con midazolam. Puede usarse por vía subcutánea o endovenosa. La levomepromacina tiene una dosis techo de aproximadamente 300 mg diarios. La presentación es de ampollas de 25 mg en 1 ml. (10)

El fenobarbital o el propofol se utilizan en el medio hospitalario y bajo prescripción y seguimiento de un médico experto, cuando en la sedación paliativa fracasan las técnicas anteriores. (10)

Sedación con midazolam por vía subcutánea.

La dosis de inducción es de 2,5 a 5 mg cada 4 horas, administrada en bolo, individualizando la dosis dentro de ese rango en función del estado de consciencia de partida y de la fragilidad del paciente. En caso de pacientes que hayan desarrollado tolerancia a benzodiazepinas por tratamientos previos, la dosis de inducción será de 5 a 10 mg. (10)

Si tras la dosis de inducción el paciente presenta agitación, o mantiene el síntoma refractario, se administra una dosis de rescate extra igual a la dosis de inducción inicial. Puede repetirse la dosis de rescate tantas veces como se precise hasta alcanzar la sedación, siempre teniendo en cuenta que el inicio de la acción por vía subcutánea requiere de 10 a 15 minutos, y que la vida media del midazolam puede fluctuar entre 2 y 5 horas. (10)

Tras 24 horas de inducción, se calcula la dosis de infusión continua, sumando todas las dosis (inducción + rescates) administradas en las últimas 24 horas, obteniendo así la cantidad a cargar en un infusor de 24 horas, o bien dividiendo dicha cantidad total entre 24 horas, obteniendo así los mg/hora a administrar mediante bomba de infusión continua. La dosis extra de rescate será de aproximadamente 1/6 de la dosis total diaria, y se podrán seguir utilizando durante todo el procedimiento de la sedación. (10)

Sedación con midazolam por vía endovenosa.

En este caso la dosis de inducción se calcula administrando entre 1,5 y 3,5 mg en bolo lento, repitiendo la dosis cada 5 minutos hasta alcanzar el nivel de sedación mínimo con el que se logre el alivio del síntoma refractario. La suma de las dosis que han sido necesarias se denomina dosis de inducción. Dicha dosis de inducción, multiplicada por seis, será la dosis a administrar en infusión continua durante las siguientes 24 horas. Las dosis de rescate serán las mismas que la dosis de inducción y se añadirán tantas veces como sean precisas. (10)

Tras 24 horas se calculará el ritmo de la bomba de infusión endovenosa continua en mg/h de la misma forma que se ha propuesto para la sedación subcutánea. La dosis extra de rescate se puede seguir utilizando durante todo el procedimiento de sedación. (10)

Evaluación de la sedación.

Consiste en observar y anotar la profundidad de la sedación utilizando una escala adecuada. Generalmente, se usa la escala de Ramsay (, que permite evaluar el nivel de sedación que se quiere lograr (a partir del nivel 4, el paciente está dormido). En general, en la sedación paliativa, el objetivo clínico es mantener al paciente entre los niveles 5 y 6 de la escala de Ramsay. Observaremos: (7)

El grado de confort del paciente (el objetivo de la sedación es que el paciente esté tranquilo y asintomático, no necesariamente profundamente dormido).

La frecuencia respiratoria, para alertarnos en caso de que exista una depresión del centro respiratorio.

La reacción y estado emocional de la familia. Proporcionar siempre: presencia, comprensión, privacidad y disponibilidad.

Escala de evaluación de la sedación de Ramsay.

1. Ansioso, agitado, incontrolable
2. Ojos abiertos, colaborador, orientado, tranquilo
3. Ojos cerrados, responde a órdenes y a mínimos estímulos
4. Dormido, responde rápidamente a estímulos lumínicos o auditivos
5. Responde a estímulos importantes (aspiración traqueal)
6. No responde a estímulos (7)

Escala de valoración funcional de Karnofsky.

La escala o índice de Karnofsky (KPS) consiste en una escala numérica del 0 al 100, muy empleada en oncología para expresar de forma reducida el estado general de salud y la calidad de vida de un paciente. (20)

La escala o índice de Karnofsky es la manera típica de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias. Los puntajes de la escala de rendimiento de Karnofsky oscilan entre 0 y 100. Un puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de ejecutar las actividades cotidianas. Este índice se

puede usar para determinar el pronóstico del paciente, medir los cambios en la capacidad del paciente para funcionar o decidir si un paciente puede ser incluido en un estudio clínico. (20)

El índice de Karnofsky (IK), se utilizó por primera vez en 1948 para valorar el estado funcional de pacientes oncológicos tratados con quimioterapia. Desde entonces este índice funcional ha sido ampliamente usado en estudios clínicos, mostrando buena correlación con otras medidas funcionales y del bienestar. Entre sus aplicaciones contrastadas podemos citar, el establecer criterios de conveniencia para llevar a cabo distintos tratamientos en pacientes con cáncer, medir de forma global el estado funcional en pacientes oncológicos, predecir la evolución y supervivencia en dichos pacientes 7-8, valorar el pronóstico y riesgo en pacientes geriátricos, y como indicador de calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral¹, cáncer de pulmón, o nutrición parenteral domiciliaria. (20)

- Permite conocer la capacidad que tiene el paciente para las actividades de la vida cotidiana.
- Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en enfermedades oncológicas y no oncológicas.
- Sirve para la toma de decisiones clínicas y para valorar impacto de tratamiento y progresión de la enfermedad.
- Karnofsky 50 indica alto riesgo de muerte en los 6 meses siguientes.
- Interpretación.
- 100 normal: sin quejas, sin indicios de enfermedad
- 90 actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
- 80 actividad normal con esfuerzo, con algunos signos síntomas de enfermedad.
- 70 capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.

- 60 requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
- 50 requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.
- 40 inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.
- 30 inválido, grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte.
- 20 encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
- 10 moribundo.
- 0 fallecido. Ver anexo 3. (20)

Esta escala (también denominada Zubrod Scale) supone simplemente un formato abreviado de la de Karnofsky, a partir de la cual fue desarrollada, por lo que se trata también de una medida del funcionamiento. (20)

Fue diseñada como parte de una batería de cuestionarios para pacientes con distintos tipos de cáncer, y constituye una escala de habilidad, no estrictamente de desempeño, es decir, evalúa lo que el paciente es capaz de hacer, en lugar de lo que realmente hace, lo que supone un matiz diferenciador respecto al Índice de Karnofsky (Bowling, 1995).

En cuanto a la fiabilidad, Roila, Lupattelli y Sassi (1991) encontraron unas correlaciones muy altas entre observadores (0.91), aunque otro estudio realizado por Guyatt, Deyo y Charlson (1989) mantiene que la escala carece de sensibilidad clínica. En lo que atañe a la validez, según Coates, Fischer y McNeil (1983) correlaciona bien con una escala de calidad de vida que recoge bienestar subjetivo, funcionamiento físico y varios síntomas de enfermedad. (20)

Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton-esas.

El Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) se utiliza en pacientes que reciben cuidados paliativos y con cáncer avanzado desde su desarrollo inicial por Bruera en 1991. Se ha aplicado en la práctica clínica e investigación, en el ámbito

hospitalario, en atención a domicilio e incluso para el seguimiento de síntomas telefónicamente. Algunos programas regionales de Cáncer y Cuidados Paliativos como el de Ontario, Canadá y el centro MD Anderson, Estados Unidos han implantado este instrumento como herramienta de evaluación para mejorar el seguimiento y cuidado de los pacientes con cáncer avanzado. (24)

El Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS), es un instrumento sencillo y de fácil realización, útil en pacientes oncológicos y paliativos que afectan a todas las facetas del paciente. Consiste en escalas visuales numéricas presentadas para anotar en una hoja impresa que exploran síntomas frecuentes de los enfermos de Cuidados Paliativos (dolor, astenia, anorexia, náuseas, somnolencia, ansiedad, depresión, dificultad para dormir, bienestar global y dificultad respiratoria y otros síntomas). (24)

Evalúa el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un periodo de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, una semana) según la condición del enfermo (hospitalizado, ambulatorio). Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma. (24)

La gráfica del ESAS proporciona un perfil clínico de los síntomas a lo largo del tiempo. La escala ESAS fue desarrollada por el grupo de Edmonton en 1991 y se ha empleado sobre todo en pacientes que reciben Cuidados Paliativos. Ver anexo 4. (24)

Escala de sedación de Ramsay.

La escala de Ramsay es una escala subjetiva utilizada para medir el nivel de sedación en pacientes, con el objetivo de evitar la sedación insuficiente o excesiva. Presenta 6 grados de sedación. (24)

La Escala de Ramsay sirve para evaluar el grado de sedación al que sometemos a un paciente.

Su objetivo es controlar el nivel de sedación de un paciente para evitar que su aplicación sea insuficiente o excesiva. Así, se aplica la dosis óptima siempre bajo la supervisión de un profesional formado en esta especialidad. (24)

Michael Ramsay fue el médico estadounidense que desarrolló en 1974 la escala Ramsay que lleva su nombre. Desde ese momento, es la más empleada para medir el grado de sedación de los pacientes en el ámbito de la Medicina.

La escala de Ramsay se describió y se utiliza desde 1974 se ha modificado con el tiempo, la esencia de su evaluación sigue siendo la misma y, por ello, parece ser una de las más utilizadas en el medio clínico. En los países europeos que la utilizan, se aplica hasta en el 74% de los casos, debido a que ha demostrado tener una fiabilidad. (24)

Aspectos éticos en cuidados paliativos.

Cuando un individuo se encuentra frente a una condición terminal es cuando se cuestiona acerca de diversos aspectos de su vida, entre los cuales se destacan:

- El cómo ha vivido hasta el momento actual.
- Si alguna vez realizó daño a alguien o viceversa. Inevitable cuestionamiento del porqué le sucede esto a él haciendo referencia a su dolencia o enfermedad. (11)

Si bien existe abundante bibliografía con respecto de las necesidades espirituales de las personas con enfermedades avanzadas, existe poca información acerca de cuál debería ser la posición del equipo especializado de manejo frente a la resolución de tal necesidad, motivo por el cual es imperiosa la necesidad de contar con alguien en quien el enfermo confíe, que se encuentre en un ambiente adecuado y esto último sirva de ayuda para su bienestar emocional y espiritual. (11)

El acceso a los Cuidados Paliativos debería basarse en el simple hecho de la existencia de la necesidad o requerimiento de una persona y de ninguna forma condicionada por factores secundarios, tales como la ubicación geográfica en la que se encuentre el enfermo, el tipo de enfermedad que lo aqueja, el tiempo de su padecimiento y menos aún por sus posibilidades económicas. (11)

Principios Bioéticos.

Los cuatro principios bioéticos que regulan la práctica sanitaria desde sus orígenes, mismos que constituyen de gran importancia en cuidados paliativos, son los siguientes:

- **No maleficencia.**

No dañar a los demás con nuestra práctica sanitaria; es decir, brindar un adecuado proceder médico con la finalidad de que este siempre sea en busca de un beneficio, nunca constituyendo un riesgo, perjuicio o condición amenazante para el paciente. (18)

- **Beneficencia.**

Obliga a buscar el bienestar del paciente en la medida de todo lo posible, el brindarle un beneficio con nuestro accionar como principal tarea. (18)

- **Justicia.**

Proporcionar a todas las personas enfermas las mismas oportunidades; es decir, tratarlas sin discriminación, intentando la unificación de derechos y una adecuada distribución del recurso destinado a la atención en salud. (18)

- **Autonomía.**

Capacidad que posee el paciente para actuar y tomar decisiones con conocimiento de causa; es decir, poder decidir con un sí o no frente a propuestas de atención, tratamiento o seguimiento, siempre que le fuera posible, o a su vez delegar este poder a quien más lo crea conveniente. (18)

Principios de los cuidados paliativos.

Calidad de vida: Intenta buscar una vida digna para el enfermo, ayudándolo a vivir significativamente y en las mejores condiciones posibles hasta el último día, sin dejar de lado el trabajo con la familia, procurando un efecto similar. (18)

Apoyo y confort: Brindar al paciente una sensación de bienestar derivada de su sentimiento de no tener acciones pendientes ni conflictos de ninguna índole, en tanto

que a su familia una sensación satisfactoria proveniente de un adecuado acompañamiento a su ser querido. (18)

Paciente tratado integralmente: Brindar al enfermo un enfoque global de todo lo que encierra su persona, sin división de áreas ni disciplinas, con la finalidad de no dejar desprovista ninguna de sus necesidades, ya sea en la esfera física, psicológica, social, espiritual, emocional o familiar. (18)

Paciente y familia como unidad objeto de la atención: Dirigir los esfuerzos de beneficio directo de la atención especializada al principal actor en Cuidados Paliativos representado por el paciente, sin dejar de lado a quienes son partícipes y acompañantes en todo su camino; es decir, sus familiares o cuidadores. (18)

Autonomía personal: Reconoce el derecho de los pacientes a tomar decisiones en cuanto a su manejo; cómo recibir atención, hasta qué punto es factible recibirla, en que sitio físico, bajo qué circunstancias y con las limitaciones impuestas por él, basadas en el conocimiento y comprensión de su situación y a que estas decisiones sean respetadas. (18)

Valores de los cuidados paliativos.

- **Universalidad:**

Hace alusión a que exista atención para todas las personas, intentando la mayor cobertura posible. (18)

- **Equidad:**

Hace alusión a una atención igualitaria sin distinción de edad, sexo, raza y condición. (18)

- **Integridad:**

Persigue brindar una atención globalizada que abarque todas las esferas que constituyen al individuo. (18)

- **Accesibilidad:**

Hace referencia a la fácil disponibilidad de acceso para el usuario y que por ende este pueda ser beneficiario del servicio. (18)

- **Promoción de la autonomía y dignidad de las personas:**

Hace referencia al objetivo de ajustarse a las peticiones directas del paciente, respetando su voluntad, capacidad de decisión y participación. (18)

- **Atención interdisciplinar:**

Participación de especialistas formados en múltiples disciplinas, quienes actúen de manera conjunta, intentando cubrir al máximo las necesidades del paciente con una accionar multidimensional. (18)

- **Satisfacción:**

Búsqueda de bienestar integral del paciente y su familia, misma que sea traducida en una sensación agradable, placentera y confiable al poder sobrellevar situaciones difíciles y estar preparados para afrontar los desafíos futuros de una forma adecuada. (18)

- **Transparencia:**

Brindar al paciente una información certera y precisa, siempre haciendo uso efectivo de una adecuada comunicación que fortalezca la relación médico paciente y también un vínculo adecuado con familiares. (18)

Modalidades de atención en cuidados paliativos.

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año mueren alrededor de 50 millones de personas a causa de enfermedades fatales, de las cuales el 85% se encuentran en países en vías de desarrollo; de estos corresponden 6 millones a defunciones ocasionadas a causa de enfermedades oncológicas, aspecto en el cual los Cuidados Paliativos constituyen una forma innovadora de brindar atención a pacientes para los cuales la curación ya no es una opción. (18)

El Observatorio Internacional para el final de la vida estima que únicamente el 15% de los países en el mundo han integrado servicios de Cuidados Paliativos en los sistemas

de atención sanitaria. La gran mayoría de los países (150) cuenta con algún tipo de servicios paliativos, pero en manera fragmentada y con muy limitada accesibilidad. (18)

En Gran Bretaña, tras la creación del St. Christopher Hospice, la filosofía de trabajo se fue expandiendo progresivamente, lo que permitió lograr cada vez una mayor cobertura económica y asistencial. En los 70 dominaba una modalidad hospitalaria de tipo Hospice. En los años 80 se expandió la atención al trabajo domiciliario, lo que fue seguido recientemente por la puesta en marcha de equipos móviles de atención intrahospitalaria y ambulatoria. (18)

Atención hospitalaria.

La atención hospitalaria como su nombre lo indica se trata de los servicios recibidos en cuanto a la unidad de salud en donde el individuo acude ya sea por sus medios o por medio de la ayuda de sus familiares o cuidadores, en lo que respecta a la medicina convencional este tipo de atención cuenta con los insumos y equipos necesarios así como de espacio físico, infraestructura y profesionales capacitados, generalmente se trata de lugares públicos o privados regidos a su máximo representante nacional y, por lo tanto, formados bajo sus leyes y estatutos a los cuales los usuarios deben ajustarse. (18)

En Cuidados Paliativos con la finalidad de brindar una atención lo más satisfactoria y humana posible, se han roto los estereotipos de la atención tradicional y en su lugar el paciente y su familia son los amos y señores en donde sus deseos y peticiones son el principal punto a tomar en cuenta en el manejo. (18)

Por ejemplo, en el país de Ecuador la Federación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos con su institución Especializada Hospice San Camilo se han ajustado de la manera más cercana posible a la corriente de los Hospice europeos, en donde más que tratarse de una casa de salud fría y rígida con servicios convencionales, se trata de una acogedora casa en donde a más de brindar todas las facilidades de una institución de salud se centra en el modelo de hogar tanto para el paciente como su familia. Entre los servicios que ofrece la institución se encuentran: servicio espiritual, fisioterapia, espacios verdes, psicología, servicio social, voluntariado, servicio médico, terapias grupales. (18)

Atención domiciliaria.

La modalidad domiciliaria de atención fue documentada por primera vez en el año de 1947 en Nueva York, Estados Unidos; dentro de los motivos para su creación se citan la descongestión de las unidades hospitalarias y, por otro lado, el confort del paciente brindándole una estadía que contemple humanidad que le ayudaría a su proceso de curación y recuperación al encontrarse rodeado de sus seres queridos. (11)

En Europa, en 1951 se creó el Hospital de Tenon en París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria.

Debido al coste que genera la utilización de los servicios hospitalarios, la atención domiciliaria representa un método para lograr una participación familiar más amplia, mejorando así la atención del paciente, incrementando el grado de satisfacción experimentado por el enfermo al encontrarse en su hogar y reduciendo gastos innecesarios en la mayoría de las veces, mismos que pudieran ser usados de una forma más efectiva. (11)

La importancia de la ejecución de la atención domiciliaria radica en que esta brinde al paciente una atención médica y de enfermería de igual calidad a la brindada en una unidad hospitalaria, con la finalidad de brindarle los mayores beneficios que sean posibles. (11)

Dentro de los limitantes en la atención domiciliaria se encuentran el desconocimiento de la familia de la persona enferma y, por otro lado, la resistencia voluntaria o involuntaria del personal de salud en sugerirla y tenerla en cuenta como opción. (11)

Según la OMS, las bases de los Cuidados Paliativos serían las siguientes:

- Proporcionar alivio al dolor y otros síntomas que produzcan sufrimiento.
- No tratar de acelerar la muerte ni retrasarla.
- Integrar los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del enfermo.
- Ofrecer apoyo a los pacientes para vivir de la forma más activa posible hasta la muerte.

- Ofrecer apoyo a las familias y allegados durante la enfermedad y en el duelo.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo.
- Son aplicables a las fases tempranas de la enfermedad, junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como Quimioterapia, Radioterapia)
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y de sus familias.

El aforismo de L. de Crescenzo que dice “muchos estudian la manera de alargar la vida cuando lo que habría que hacer es ensancharla” define lo que tiene que ser el espíritu de funcionamiento de aquellos profesionales que se dediquen al campo de la Medicina Paliativa. (23)

Los Cuidados Paliativos deben comenzar en las fases tempranas de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los otros tratamientos. (Ver anexo 1)

Los tratamientos paliativos y curativos no son pues mutuamente excluyentes, sino que son una cuestión de énfasis. Así, aplicaremos gradualmente un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el enfermo deja de responder al tratamiento específico. En algunos tipos de cáncer esto sucede antes que en otros (por ejemplo, cáncer escamoso de pulmón en comparación con algunos cánceres hematológicos). (23)

Cuando se va produciendo el agotamiento del tratamiento específico, del que se dispone, y de forma paralela según se entra en una situación de progresión de la enfermedad, los objetivos terapéuticos se deberán ir centrando de en la promoción del confort del enfermo y de su familia. Para cada fase de la enfermedad existen unas predicciones y unas indicaciones terapéuticas. En la tabla siguiente se resumen cuáles serían las previsiones en la trayectoria de la enfermedad. (23) (Ver anexo 2)

De manera muy teórica y según la posible supervivencia de los enfermos, podemos considerar tres etapas distintas en la evolución de la enfermedad terminal de estos enfermos:

Fase terminal: pronóstico de hasta meses.

Fase preagónica: pronóstico de hasta semanas

Fase agónica: pronóstico de hasta días.

De todas maneras, en el seguimiento diario de estos enfermos resulta muy difícil establecer los límites entre una fase y otra y las escalas de valoración de calidad de vida y nuestra propia experiencia nos ayudarán a adoptar una u otra actitud terapéutica. A este respecto, podemos poner como ejemplo las distintas posibilidades de abordaje terapéutico de un mismo síntoma en función de la situación de lo avanzado de la enfermedad. Así, como ejemplo, en la obstrucción intestinal, que es una complicación frecuente en enfermos oncológicos avanzados, especialmente en tumores digestivos o de origen pélvico, que su etiología es multifactorial y cursa con profusión de síntomas, las posibilidades de tratamiento que disponemos las podemos dividir en dos grandes apartados: (23)

1. Tratamientos activos como la cirugía o la colocación de prótesis auto expandibles, así como la hidratación-nutrición necesaria para una adecuada preparación del enfermo de cara a un posible tratamiento activo.
2. Tratamiento paliativo farmacológico preferentemente por vía subcutánea con analgésicos, antieméticos, antsecretorios y dexametasona con el fin de controlar náuseas-vómitos, dolor y permitir mínima ingesta de líquidos hiperfraccionada.

La elección de una u otra de las opciones vendrá dada por una serie de condicionantes como presencia de un único nivel obstructivo, ausencia de carcinomatosis peritoneal o estado general previo conservado (Karnofsky superior al 50%). (23)

El consentimiento en la sedación paliativa.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y

Documentación Clínica, se resaltaré que todo paciente tiene derecho a conocer información clara y entendible sobre su proceso de enfermedad y sobre los tratamientos propuestos. También tiene derecho a no ser informado si así lo desea. (7)

Consentimiento informado: la Ley 41/2002 de 14 de noviembre lo define en su artículo 3 como «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud». La autonomía es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. Evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del paciente en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica cooperativa. No debemos olvidar que el derecho del enfermo a recibir información clara y comprensible de su situación tiene excepciones, como, por ejemplo, cuando el enfermo renuncia al derecho a ser informado o cuando el médico, dadas las circunstancias personales del paciente, considera que le puede hacer más daño que beneficio. No tener en cuenta estos aspectos puede conducir a la «obstinación informativa» altamente indeseable por el daño que puede ocasionar. (7)

En las situaciones al final de la vida, no se recomienda, sin embargo, la firma de ningún documento de consentimiento a la sedación paliativa, aunque es preceptivo que el proceso de toma de decisiones figure con el máximo detalle en la historia clínica del paciente. (7)

El consentimiento es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. Debe reunir los siguientes requisitos:

- **Voluntariedad:** los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o someterse a un estudio sin que haya persuasión ni manipulación. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir. (7)
- **Información:** debe ser comprensible e incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de

rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos. (7)

- **Comprensión:** es la capacidad de entender o comprender la información que recibe el paciente. (7)

Tipos de consentimiento:

- **Consentimiento explícito:** otorgado por el paciente. Esta decisión, por su trascendencia, necesita un máximo de garantías de que responde a la voluntad y al mundo de los valores del paciente. (7)
- **Consentimiento implícito:** solo aplicable de forma excepcional y si se ha estimado que el riesgo de shock emocional para el paciente supera las ventajas. No debe estar basado en las suposiciones del personal sanitario, considerando al paciente como un niño incapaz de tomar decisiones importantes. (7)

En el ámbito de la sedación paliativa, pueden identificarse tres situaciones diferentes:

- Una situación crítica que hay que resolver con urgencia, con gran compromiso vital (asfixia, hemorragia): en este caso procede actuar cuanto antes. Si se estima conveniente se puede ofrecer al paciente una información básica y sencilla intentando no aumentar la angustia generada por la propia situación clínica, valorando si es posible la obtención del mismo o utilizando el consentimiento implícito. (24)
- La presencia de uno o varios síntomas refractarios que van consolidándose con el paso del tiempo. En este caso, lo correcto es hacer una planificación anticipada de los cuidados, proponiendo con mucha delicadeza la sedación como una de las opciones si fallan las demás. Puede obtenerse así un consentimiento, explícito al menos verbalmente, y dejar anotado dicho consentimiento en la historia clínica. (24)
- Cualquiera de las situaciones descritas en los dos puntos anteriores en un paciente que no tiene capacidad para decidir por hallarse incapacitado legalmente o por tener alterada su capacidad de juicio. Se explica la situación al familiar de referencia y se obtiene su consentimiento. (24)

Principios Éticos.

Art. 2.- Todo profesional de enfermería fundamentará su proceso de razonamiento y conducta en los cinco principios éticos universales que establece el presente código, a fin de dar cumplimiento a los deberes y obligaciones que requiere el cuidado y la profesión en forma integral. (24)

- A. Principio de Respeto a las Personas Fundamenta la actitud receptiva que permite valorar los sentimientos, opiniones, individualidad y el carácter único de la persona, familia y comunidad, fomentando la autoestima y autoimagen.
- B. Principio de Beneficencia Fomenta la actitud dirigida a defender la vida, hacer y promover el bien entre el personal de enfermería, usuarios, familia y comunidad;
- C. Principio de Objetividad Fundamenta a actuar con imparcialidad, honestidad, justicia y libre de conflicto de interés en la atención del usuario, familia y comunidad;
- D. Principio de Integridad Fundamenta la actitud a realizar las responsabilidades con moralidad; es decir, conforme a las reglas o normas morales;
- E. Principio de No Maleficencia Fomenta la actitud a evitar la realización de acciones que causan daño al usuario, familia y comunidad. (24)

Valores Morales.

Art. 3.- Todo profesional de enfermería debe poseer valores morales que se derivan de los principios éticos, con el fin de proporcionar cuidado con calidad, calidez y libre de riesgo, esencia del ejercicio de la profesión:

- A. **Justicia:** dar a cada persona lo que se le debe según su derecho, sin distinción de posición económica, social o cualidades personales. (24)
- B. **Responsabilidad:** capacidad de responder con calidad, ofrecer respuestas y explicaciones a otras personas. Está relacionada con la autonomía y la autoridad. (24)

- C. **Bondad:** darse sin temor a verse defraudado, transmite el aliento y entusiasmo necesario a quienes les rodean. Es un aspecto espiritual relacionado con el perfeccionamiento continuo de la persona. (24)
- D. **Veracidad:** el profesional de enfermería deberá incluir en sus acciones la coherencia entre el pensar, sentir y actuar; sostener siempre la verdad. (24)

Aspectos legales en la aplicación de los cuidados paliativos.

ACUERDO N° 1040: El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, Estrategia nacional de cuidados paliativos considerando:

- A. Que la Constitución de la República, en su artículo 65, determina que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. (12)
- B. Que el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, en el artículo 42, numeral 2, establece que compete al Ministerio de Salud: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población. (12)
- C. Que la Ley Del Sistema Nacional Integrado de Salud, en su artículo 21, establece que el Sistema definirá las prestaciones integrales por niveles de atención y complejidad para la protección, promoción y educación de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamientos, cuidados paliativos, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas por medio de un financiamiento equitativo, solidario, sostenible y público, lo que asegurará la gratuidad de la prestación de los servicios de salud en el sector público, a través de las redes integrales e integradas de salud. (12)
- D. Que la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, en su artículo 10, establece que todo paciente tiene derecho a ser atendido de manera oportuna eficiente y con calidad por un prestador de servicios de salud cuando lo solicite o requiera, que comprende las acciones destinadas a la promoción, prevención, curación,

rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de acuerdo a las normas existentes. (12)

Marco Legal.

Responsabilidad profesional (Código penal)

Art. 142 y 3: El que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años.

Cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de tres a seis años. (24)

Art. 152: El que por imprudencia grave causare alguna de las lesiones previstas en los artículos anteriores será castigado. Cuando las lesiones fueren cometidas por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a cuatro años, cuando exista una específica obligación legal o contractual de actuar. (24)

Art. 143.4: Eutanasia y Suicidio asistido. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo. (24)

Art. 155: Consentimiento En los delitos de lesiones, si ha mediado el consentimiento válido, libre, espontáneo y expresamente emitido del ofendido, se impondrá la pena inferior en uno o dos grados. (24)

CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A.1 Enfoque y tipo de investigación:

A.1.1 Cuantitativa

Ya que se recolectaron y evaluaron datos no estandarizados utilizando una muestra pequeña y no representativa con el fin de que se obtuviera una comprensión más profunda de los criterios de decisión y de su motivación.

A.2. Finalidad del estudio:

A.2.1 Tipo descriptivo.

Por qué se determinó en forma sistemática el estado de la situación de los conocimientos que posee el personal de enfermería sobre intervenciones en el alivio del dolor como parte de los cuidados paliativos, haciendo una descripción exacta de sus componentes sin llegar establecer relación entre las variables.

A.3 Desde el punto de vista secuencial o tiempo, el estudio se describe como

A.3.1 Transversal:

Debido a que se estudiaron las variables simultáneamente en el periodo comprendido de mayo a septiembre 2022, haciendo un corte en el tiempo, sin dar seguimiento posterior al estudio de las variables.

A.4 De acuerdo con el control de la asignación de los factores de estudio se considera:

A.4.1 Observacional.

Ya que el factor de estudio no fue controlado por los observadores, si no que se limitó a observar, evaluar y analizar las determinadas variables expuestas en los sujetos.

A.5 Por otra parte, el inicio del estudio en relación con la cronología de los hechos es:

A.5.1 Prospectivo.

Ya que toda la información se recolectó de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación.

B.1 Sujetos y objeto de estudio.

B.1.1 Sujetos de estudio.

Personal de enfermería que labora en el Hospital Divina Providencia.

B.1.2 Objeto de estudio.

Habilidades y conocimientos que poseen los profesionales de enfermería al momento de brindar atención directa a los pacientes oncológicos avanzados con síntomas refractarios en un período de mayo a septiembre del 2022.

B.1.3 Lugar de estudio.

El estudio se realizó en el Hospital Divina Providencia ubicado en el departamento de San Salvador en la Colonia Miramonte final Calle Toluca, Avenida Bernal Pasaje B.

B.1.4 Población y muestra.

Estuvo constituida por un total de 15 profesionales de enfermería, incluyendo técnicos y licenciados/as que laboran en el Hospital Divina Providencia. Para la selección de la población no se utilizó ninguna fórmula estadística debido a que se tomó el total de la población, por ser una población por conveniencia.

B.1.5 Unidad de análisis.

Las unidades de análisis fueron las Licenciadas y Técnicos en enfermería que laboran en el Hospital Divina Providencia.

B.2 Criterios de inclusión e exclusión

B.2.1 Criterios de inclusión.

- Recurso de Enfermería que labora en Hospital Divina Providencia que se encontraba activamente laborando en el período de recolección de datos.
- Profesionales de Enfermería que tuvieran el deseo de participar.
- Recursos de enfermería que se encuentren de turno.

B.2.2 Criterios de exclusión

- Recursos de enfermería que llegan a cuidar pacientes ingresados en Hospital Divina Providencia.
- Recursos de enfermería que se encuentran en servicio social.
- Estudiantes de enfermería que realizan sus prácticas hospitalarias

A. Técnicas e instrumento de recolección de datos.

1. Técnicas.

Para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario, ya que facilitó la obtención de la información en forma escrita y explícita sobre habilidades que poseen los profesionales de enfermería al momento de brindar atención directa a los pacientes oncológicos con indicación de sedación paliativa que se encuentran ingresados en el Hospital Divina Providencia.

Instrumento de registro y medición.

Procesamiento y análisis de la información.

Los resultados recolectados fueron ingresados en una base de datos previamente diseñados en el programa de Excel. Los datos que se recolectaron fueron del personal de enfermería que labora en el Hospital Divina Providencia.

Posterior a ello se ordenaron los datos en una matriz con tres categorías diferentes, la primera con tres interrogantes que abordaba los aspectos sobre las intervenciones que realiza el personal de enfermería en los pacientes oncológicos avanzados, la segunda con tres interrogantes que abordaba aspectos sobre la identificación de signos y síntomas que presentan los pacientes y el manejo hospitalario que realizan los profesionales de enfermería y la tercera con tres interrogantes que abordaba aspectos sobre las herramientas que se utilizan al momento del manejo del dolor en pacientes oncológicos, para un total de 9 preguntas.

Validación de los instrumentos.

Para la validación de los instrumentos se realizó una prueba piloto a través de la plataforma Google Forms a 5 enfermeras externas que llegan a cuidar pacientes al Hospital Divina Providencia, debido a que los profesionales tienen características similares a los sujetos en estudio, esta actividad se realizó con el fin de validar los instrumentos, lo cual permitió identificar problemas en la formulación y tabulación de las preguntas y se procedió a modificar el instrumento para mejorar la comprensión de las preguntas y poder tabularlas.

Recolección de datos.

El grupo investigador aplicó 15 cuestionarios, en la que se obtuvieron datos sobre las habilidades que poseen los profesionales de enfermería al momento de brindar atención directa a los pacientes oncológicos avanzados con indicación de sedación paliativa del Hospital Divina Providencia en el departamento de San Salvador en un período de mayo a septiembre del 2022.

Todos los cuestionarios serán resguardados durante un período de 6 meses.

B. Estrategias de utilización de resultados.

Los resultados de la investigación se dieron a conocer a través de la elaboración de un artículo de revista, que posteriormente será presentado a las autoridades correspondientes de la Universidad Evangélica de El Salvador y las autoridades del Hospital Divina Providencia, lugar donde se llevó a cabo la realización de la investigación y donde se pondrán en práctica los aportes de la investigación en los pacientes que se encuentran ingresados con indicación de sedación paliativa.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El estudio realizado acerca de habilidades y conocimientos que poseen los profesionales de enfermería al brindar atención directa a paciente oncológico con síntomas refractarios. Los Cuidados Paliativos, tienen por objeto proporcionar el mayor grado de bienestar al enfermo tanto en su aspecto físico, emocional, social y espiritual, por lo que la atención que se brinda tiene que adaptarse a las características individuales y a los cambios que se producen en el paciente terminal conforme evoluciona su enfermedad.

Para ejercer unos cuidados paliativos eficaces, se debe contar con habilidades y conocimientos básicos y una actitud que conlleve a desarrollar una buena comunicación con el paciente y su familia para detectar sus necesidades, conocimientos sobre la enfermedad del paciente y los problemas que ésta puede generar y que posean o desarrollen una cierta actitud personal, equilibrio para auto cuidarse y soportar mejor las situaciones difíciles que acompañan a las personas en estos momentos finales de su vida.

El objetivo de los cuidados de enfermería a la persona con enfermedad terminal es contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida y ayudarle a resolver o minimizar sus necesidades, así como brindar apoyo para que viva tan confortablemente como sea posible y contribuir a que muera con dignidad. Todo ello en un marco de colaboración con el resto del equipo, que ha de ser multidisciplinar para garantizar unos cuidados integrales.

Los resultados de la investigación evidencian que la mayoría de profesionales de enfermería muestran habilidades y conocimientos al momento de brindar atención directa a paciente oncológico avanzado con síntomas refractarios.

Según los resultados obtenidos podemos decir que este conocimiento se encuentra presente en el personal de enfermería, ya que está capacitado para afrontar la creciente complejidad de los cuidados que requieren las personas en situación de enfermedad avanzada y al final de la vida, brindando un cuidado integral e individualizado al paciente terminal y a su familia en el proceso de la enfermedad.

Con respecto a las intervenciones que se realizan en los pacientes oncológicos, el 100% del personal de enfermería encuestado del Hospital Divina Providencia, se obtuvo que un 67% de los recursos realizan técnicas psicológicas y mentales para el alivio del dolor, un 20% realiza técnicas mecánicas y dinámicas y un 13% refiere que las técnicas mecánicas y conductuales sirven para el alivio del dolor.

En los aspectos sobre la identificación de signos y síntomas que presentan los pacientes y el manejo hospitalario que realizan los profesionales de enfermería, se obtuvo que los signos y síntomas más frecuente que manifiesta el paciente oncológico durante sus últimas 48 horas de vida es Apnea con un 24.44%, seguido de Cianosis con un 17.78% y el menos frecuente delirio con un 8.89%.

En los conocimientos que el personal de enfermería posee sobre las herramientas que se utilizan al momento del manejo del dolor en pacientes oncológicos, donde el total del personal encuestado con un 100% considera que las herramientas deben ser llenadas cada dos horas.

Con respecto a los resultados obtenidos podemos decir que la mayoría del personal de enfermería tiene los conocimientos y habilidades al brindar una atención adecuada y eficaz a paciente oncológico que presenta síntomas refractarios.

Para la investigación no se utilizó ninguna fórmula estadística debido a que se tomó el 100% de la población por conveniencia.

Después de recolectada la información se procedió a codificar el instrumento de recolección de datos, lo que permitió vaciar los datos en una base elaborada en Excel, para luego aplicar los datos estadísticos y presentar los resultados en tablas simples, aplicando el método porcentual de la siguiente manera.

A. RESULTADOS.

I. ASPECTOS SOBRE LAS INTERVENCIONES QUE REALIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS AVANZADOS.

TABLA N° 1: definición correcta de paciente oncológico avanzado según los profesionales de enfermería del Hospital Divina Providencia.

| Criterios. | Fr | % |
|--|-----------|-------------|
| Enfermedad de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente. | 0 | 0% |
| Enfermedad que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable. | 12 | 80% |
| Casos de cáncer para los cuales no es posible lograr la cura, esto implica los cánceres que no desaparecerán por completo o cuyo regreso no podrá evitarse. | 3 | 20% |
| TOTAL. | 15 | 100% |

FUENTE: Recolección de datos del Hospital Divina providencia, Departamento de San Salvador, mayo a septiembre, El Salvador 2022.

ANÁLISIS E INTERPRETACION TABLA N° 1: Del 100% del personal de enfermería encuestado del Hospital Divina Providencia, se obtuvo que un 80% refiere que la definición correcta de paciente oncológico avanzado es aquella enfermedad que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable, así mismo se obtuvo que un 20% refiere que son casos de cáncer para los cuales no es posible lograr la cura, esto implica los cánceres que no desaparecerán por completo o cuyo regreso no podrá evitarse, por lo tanto podemos decir que el personal de enfermería conoce el concepto correcto de paciente oncológico avanzado.

TABLA N° 2: Entre las intervenciones que se deben realizar a los pacientes oncológicos avanzados que se encuentran ingresados en el Hospital Divina Providencia se encuentran.

| Criterios. | Fr | % |
|---|-----------|-------------|
| Favorecer la movilidad del paciente y realizar frecuentes cambios posturales. | 8 | 50% |
| Asistir al médico en diversos procedimientos. | 0 | 0% |
| Administrar oxígeno según necesidad. | 3 | 13% |
| Brindar apoyo emocional. | 4 | 37% |
| TOTAL. | 15 | 100% |

FUENTE: Recolección de datos del Hospital Divina providencia, Departamento de San Salvador, mayo a septiembre, El Salvador 2022.

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE TABLA N° 2: Para la pregunta “¿Entre las intervenciones que se deben realizar a los pacientes oncológicos avanzados se encuentra? en cuanto al 100% de la población encuestada del Hospital Divina Providencia, el 37% refiere que brindar apoyo emocional es una de las intervenciones que van de la mano con el tratamiento de los pacientes oncológicos avanzados, por otro lado el 50% de la población refiere que es importante favorecer la movilidad del paciente y realizar frecuentes cambios posturales y solo el 13% asegura que administrar oxígeno según necesidad es una de las intervenciones que se deben de realizar en los pacientes oncológicos avanzados, por la intervención de enfermería que menos se realiza a los pacientes oncológicos avanzados es la administración de oxígeno según necesidad .

TABLA N°3: clasificación correcta de las técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor que aplican los recursos de enfermería en los pacientes oncológicos avanzados del Hospital Divina Providencia.

| Criterios. | Fr | % |
|---|-----------|-------------|
| Técnicas mecánicas y conductuales. | 2 | 13% |
| Técnicas dependientes e independientes. | 0 | 0% |
| Técnicas mecánicas y dinámicas. | 3 | 20% |
| Técnicas psicológicas y mentales. | 10 | 67% |
| TOTAL. | 15 | 100% |

FUENTE: Recolección de datos del Hospital Divina providencia, Departamento de San Salvador, mayo a septiembre, El Salvador 2022.

ANÁLISIS E INTERPRETACION TABLA N°3 : Del 100% del personal de enfermería encuestado del Hospital Divina Providencia, se obtuvo que un 67% de los recursos realizan técnicas psicológicas y mentales para el alivio del dolor, un 20% realiza técnicas mecánicas y dinámicas y un 13% del personal de enfermería refiere que las técnicas mecánicas y conductuales sirven para el alivio del dolor, por tanto, el personal de enfermería tiene conocimientos sobre la aplicación de técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor.

II. ASPECTOS SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES Y EL MANEJO HOSPITALARIO QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

TABLA N° 4: Signos y síntomas que presentan los pacientes y el manejo hospitalario que realizan los profesionales de enfermería del Hospital Divina Providencia.

| Criterios. | Fr | % |
|-------------------|-----------|-------------|
| Apnea | 11 | 24.44% |
| Cianosis | 8 | 17.78% |
| Estertores | 5 | 11.11% |
| Fiebre | 6 | 13.33% |
| Delirio | 4 | 8.89% |
| Disnea | 6 | 13.33% |
| Hipotensión | 5 | 11.11% |
| Total | 45 | 100% |

FUENTE: Recolección de datos del Hospital Divina providencia, Departamento de San Salvador, mayo a septiembre, El Salvador 2022.

ANÁLISIS E INTERPRETACION TABLA N° 4: Los profesiones de enfermería encuestados respondieron que los signos y síntomas más frecuente que manifiesta el paciente oncológico durante sus últimas 48 horas de vida es Apnea con un 24.44% seguido de Cianosis con un 17.78% y el menos frecuente delirio con un 8.89%, por tanto, el personal de enfermera conoce los signos y síntomas que se presentan en los pacientes oncológicos durante sus últimas 48 horas de vida.

TABLA N° 5: El personal enfermería reporta al médico de staff anomalías que apresuran el proceso de la enfermedad en los pacientes ingresados en el Hospital Divina Providencia.

| Criterios. | Fr | % |
|--------------|------------|-------------|
| SI | 15 | 100% |
| NO | 0 | 0% |
| TOTAL | 100 | 100% |

FUENTE: Recolección de datos del Hospital Divina providencia, Departamento de San Salvador, mayo a septiembre, El Salvador 2022.

ANÁLISIS E INTERPRETACION TABLA N°5: Los profesionales de enfermería encuestados respondieron en un 100% que SI reportan al médico cualquier anomalía que presenta el paciente y que pueda apresurar su proceso de enfermedad oportunamente.

TABLA N° 6: Conocimientos que posee en personal de enfermería acerca de cuáles son los síntomas en los que se indica sedación paliativa en el Hospital Divina Providencia.

| Criterios. | Fr | % |
|--------------------|-----------|-------------|
| Por refractariedad | 15 | 50% |
| Por cefalea | 0 | 0% |
| Por insomnio | 2 | 7% |
| Por ansiedad | 13 | 43% |
| TOTAL | 30 | 100% |

FUENTE: Recolección de datos del Hospital Divina providencia, Departamento de San Salvador, enero a septiembre, El Salvador 2022.

ANÁLISIS E INTERPRETACION TABLA N°6: Los profesionales de enfermería encuestados respondieron que es indicada por refractariedad con un 50% seguido de un

43% por ansiedad, por tanto, el personal de enfermería tiene conocimiento sobre los síntomas en los que se indica sedación paliativa.

III. ASPECTOS SOBRE LAS HERRAMIENTAS QUE SE UTILIZAN AL MOMENTO DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

TABLA N° 7: Conocimientos que posee el personal de enfermería que laboran en el Hospital Divina Providencia sobre el concepto de sedación paliativa.

| Criterios. | Fr | % |
|--|-----------|-------------|
| Combinación de un fármaco que ayuda a relajarse y otro que se encarga de bloquear el dolor durante un procedimiento. | 1 | 7% |
| Estado de calma, relajación o somnolencia que causan ciertos medicamentos. | 0 | 0% |
| Disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios. | 14 | 93% |
| TOTAL | 15 | 100% |

FUENTE: Recolección de datos del Hospital Divina providencia, Departamento de San Salvador, mayo a septiembre, El Salvador 2022.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N°7: En la selección del concepto correcto de sedación paliativa el personal de enfermería respondió con un 93% que es: La disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios, por lo tanto, podemos afirmar que conoce el concepto de sedación paliativa.

TABLA N° 8: Cuáles son las herramientas que se utilizan ante el manejo del dolor.

| Criterios. | Fr | % |
|-------------------|-----------|-------------|
| EVA | 15 | 33% |
| ESAS | 15 | 33% |
| EDAF | 15 | 33% |
| TOTAL | 45 | 100% |

FUENTE: Recolección de datos del Hospital Divina providencia, Departamento de San Salvador, mayo a septiembre, El Salvador 2022.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N°8: podemos afirmar que los profesionales de enfermería conocen las herramientas que se utilizan para el manejo del dolor entre las cuales se encuentran con un 15% ESAS con un 15% EDAF y EVA con 15%.

TABLA N°9: Cual son los conocimientos que posee el personal de enfermería que labora en el Hospital Divina Providencia acerca del tiempo en que las herramientas ante el manejo del dolor deben ser llenadas.

| Criterios. | Fr | % |
|-------------------|-----------|-------------|
| Cada dos horas | 15 | 100% |
| Cada cuatro horas | 0 | 0% |
| cada hora | 0 | 0% |
| cada seis horas | 0 | 0% |
| TOTAL | 15 | 100% |

FUENTE: Recolección de datos del Hospital Divina providencia, Departamento de San Salvador, mayo a septiembre, El Salvador 2022.

ANALISIS E INTERPRETACION TABLA N°9: En la presente figura se puede observar el tiempo en que las herramientas ante el manejo del dolor deben ser llenadas, donde el

total del personal de enfermería encuestado con un 100 % considera que las herramientas ante el manejo del dolor deben ser llenadas cada dos horas, por lo tanto se afirma que se da buen manejo del dolor.

CONCLUSIONES.

- La intervención que mayormente realiza el personal de enfermería a los pacientes oncológicos avanzados se encuentra en primer lugar favorecer la movilidad del paciente y la realización frecuente de cambios posturales.
- La intervención de enfermería que menos se realiza a los pacientes oncológicos avanzados es la administración de oxígeno según necesidad.
- La técnica no farmacológica que se encontró en mayor porcentaje para el alivio del dolor fueron las técnicas psicológicas y mentales, seguida de las técnicas mecánicas y dinámicas.
- En el Hospital Divina Providencia el medicamento más utilizado para la sedación paliativa de pacientes con síntomas refractarios es el Midazolam.
- Los síntomas refractarios y la ansiedad son indicadores de sedación paliativa en los pacientes oncológicos avanzados.
- EVA, ESAS Y EDAF son las herramientas que utilizan los recursos de enfermería para el manejo del dolor en el hospital divina providencia.
- Prevalece personal de enfermería joven, con una antigüedad laboral menor a 10 años, lo que permite suponer que aún no lograrían identificar las intervenciones principales del cuidado al paciente terminal.

RECOMENDACIONES.

Para dar respuestas a los hallazgos encontrados, como grupo investigador consideramos importante las siguientes recomendaciones tanto como para los profesionales de enfermería como al Hospital Divina Providencia.

AL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA.

- Concientizar al personal de enfermería sobre importancia de administrar oxígeno según sea la necesidad del paciente hospitalizado.
- Motivar a los profesionales de enfermería a seguir brindando su grandiosa labor y apoyo emocional a cada uno de los pacientes hospitalizados.
- Capacitar al personal de enfermería sobre los cuidados paliativos, aprovechando que prevalece el grupo prevea joven, y se supone mayor predisposición para adquirir nuevos conocimientos.
- Que el grupo de profesionales de enfermería, se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, mediante reuniones grupales, que permitan ser escuchados al expresar sus sentimientos, y contar con apoyo institucional, a través de profesionales en salud mental, que permite disminuir el nivel de estrés, que provoca la atención a pacientes terminales.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

- Continuar innovando conocimientos sobre cuidados paliativos.
- Adaptarse a cambios administrativos y tecnológicos que pueda ocurrir en el Hospital Divina Providencia.
- Brindar atención de calidad al paciente en etapa final de vida.
- Buscar la excelencia profesional para identificar signos y síntomas.
- La diferencia estará en que el personal de salud humanísticamente formado que atiende a enfermos terminales tiene ese componente extra tan valioso en cuidados paliativos, porque de esta manera, al estudiante se le ha instruido para ser compasivo y a la vez a tener conocimientos para apoyar en los momentos del final de la vida. Así mismo, tener empatía de escuchar, comunicar y manejar un

lenguaje verbal y no verbal que genere calidez en los momentos angustiosos que sobrevienen con el padecimiento de enfermedades mortales; todo ello, sin dejar desvalorizar la importancia de conocimiento científico para el uso correcto de opioides, administrar analgésicos por vía subcutánea y brindar acompañamiento espiritual

A LA INSTITUCIÓN FORMADORA

- Se debe implementar la educación teórica y práctica, con sensibilización sobre el tema de cuidados paliativos en el plan de estudio de las carreras afines a ciencias de la salud. Para lo cual deben implementarse cursos de postgrado en modalidades de maestría, doctorado, especialidad, en esta área. Así también integrar el tema de cuidados paliativos dentro de los planes de estudio programas de residencia médica y pregrado.
- Se deben establecer políticas públicas para la creación de Unidades de Cuidados Paliativos, que permitir la investigación y generación de normas de uso médico, en especial en el ambiente del servicio de urgencias, y así poder tener referentes al tema. La colaboración entre países para las publicaciones científicas sobre cuidados paliativos debería incrementarse, pues favorece el intercambio académico y tecnológico, en especial entre los países latinoamericanos.
- Se recomienda establecer filiales de Asociaciones Nacionales de Cuidados Paliativos, para que las especialidades que están ligadas directamente con los cuidados paliativos puedan incrementar su capacitación y producción científica. Resulta importante adecuarse a las características que debe tener una publicación para tener mayor impacto, como es la publicación en el idioma inglés que continúa siendo el idioma predominante para todas las ciencias, por lo que se recomienda fomentar el estudio de este idioma entre nuestros estudiantes e investigadores.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Sánchez B. SciELO. [Online].; 2003. Acceso 3 de feb de 2022. Disponible en:
· http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100006#:~:text=Los%20abordajes%20te%C3%B3ricos%20que%20se,las%20personas%20con%20quienes%20se.
- 2 Zavala M. IntraMed. [Online].; 2006. Acceso 3 de feb de 2022. Disponible en:
· [https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=43297&pagina=4.](https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=43297&pagina=4)
- 3 Usarralde-Pérez A, Pérez-Figueras M, Vidal-Marcos A. SciELO. [Online].; 2017.
· Acceso 9 de feb de 2022. Disponible en:
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000600318.](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000600318)
- 4 Hospital Divina Providencia. Hospital Divina Providencia. [Online]; 2020. Acceso 5 de
· mayde 2022. Disponible en: [http://www.hospitaldivinaprovidencia.org/atencion-farmaceutica/.](http://www.hospitaldivinaprovidencia.org/atencion-farmaceutica/)
- 5 Hospital Divina Providencia. Hospital Divina Providencia. [Online]; 2021. Acceso 5 de
· mayde 2022. Disponible en: [https://www.hospitaldivinaprovidencia.org/atencion-de-cuidados-paliativos/.](https://www.hospitaldivinaprovidencia.org/atencion-de-cuidados-paliativos/)
- 6 Aguiluz G, Marroquín M, Martínez J. Universidad Dr. José Matías Delgado. [Online].;
· 2014. Acceso 22 de abr de 2022. Disponible en:
[http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/1883/1/0001888-ADTESAV.pdf.](http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/1883/1/0001888-ADTESAV.pdf)
- 7 Acedo C, Rodríguez B. SciELO. [Online].; 2021. Acceso 22 de abr de 2022. Disponible
· en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200009.](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200009)
- 8 PAHO. Organización Panamericana de la Salud. [Online]; 2019. Acceso 21 de marde
· 2022. Disponible en: [https://www.paho.org/es/temas/cancer.](https://www.paho.org/es/temas/cancer)

- 9 Antolinez A, Pérez P, Molina B, López D. SciELO. [Online].; 2017. Acceso 9 de feb de 2022. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v21n4/0123-9015-rcc-21-04-00194.pdf>.
- 1 OMC. SECPAL. [Online].; 2011. Acceso 11 de abr de 2022. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedaccion_paliativa.pdf.
- 1 Noboa M, Zapata S. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [Online].; 2016. Acceso 9 de feb de 2022. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12835/Tesis%20Cuidados%20Paliativos%20PDF.pdf?sequence=1#page17>.
- 1 Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. [Online].; 2020. Acceso 12 de feb de 2022. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategianacionaldecuidadospaliativos-Acuerdo1040.pdf>.
- 1 López A, Reyes M. SciELO. [Online].; 2013. Acceso 15 de feb de 2022. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962013000100005.
- 1 Colautti N. Universidad Nacional de Córdoba. [Online].; 2011. Acceso 12 de feb de 2022. Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/colautti_norma_lucia.pdf.
- 1 WHO. World Health Organization. [Online]; 2022. Acceso 7 de may de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- 1 ASCO. Cancer. [Online]; 2021. Acceso 7 de mar de 2022. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atencion-del-cancer/diagnostico-de-cancer/estadios-del-cancer>.

1 Top Doctors INC. Top Doctors. [Online]; 2022. Acceso 25 de marde 2022. Disponible
7 en: [https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/dolor-oncologico-
. tratamiento.](https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/dolor-oncologico-tratamiento)

1 Lara A, Tamayo A, Gaspar S. INCAN. [Online].; 2006. Acceso 20 de mar de 2022.
8 Disponible en: [http://incan-
. mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1172291086.pdf.](http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1172291086.pdf)

1 Ferro T. Fundación Dr. Antoni Esteve. [Online]; 2018. Acceso 18 de marde 2022.
9 Disponible en: [https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136581.pdf.](https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136581.pdf)

2 Temboury F, Mons E. MEDYNET. [Online].; 2019. Acceso 20 de mar de 2022.
0 Disponible en:
. [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y
%20Emergencias/terminal.pdf.](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/terminal.pdf)

2 Khosravi P, Castillo A, Pérez G. SciELO. [Online]; 2007. Acceso 28 de febde 2022.
1 Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-
. 71992007001100010#:~:text=El%20dolor%20es%20un%20s%C3%ADntoma,que
%20requiere%20un%20tratamiento%20multidimensional.](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001100010#:~:text=El%20dolor%20es%20un%20s%C3%ADntoma,que%20requiere%20un%20tratamiento%20multidimensional)

2 Castillo M, Jiménez A, Torres I. SciELO. [Online]; 2007. Acceso 25 de febde 2022.
2 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-
. 03192007000200002.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000200002)

2 Irurzun J. Paliativos Sin Fronteras. [Online].; 2018. Acceso 15 de feb de 2022.
3 Disponible en: [https://paliativossinfronteras.org/wp-
. content/uploads/ACTUACION-PALIATIVA-DISTINTAS-FASES-PALIACION-
IRURZUN.pdf.](https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/ACTUACION-PALIATIVA-DISTINTAS-FASES-PALIACION-IRURZUN.pdf)

2 Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. [Online].; 2013. Acceso 8 de abr de 2022.
4 Disponible en:

http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/codigo_etica_profesionales_enfermeria.pdf.

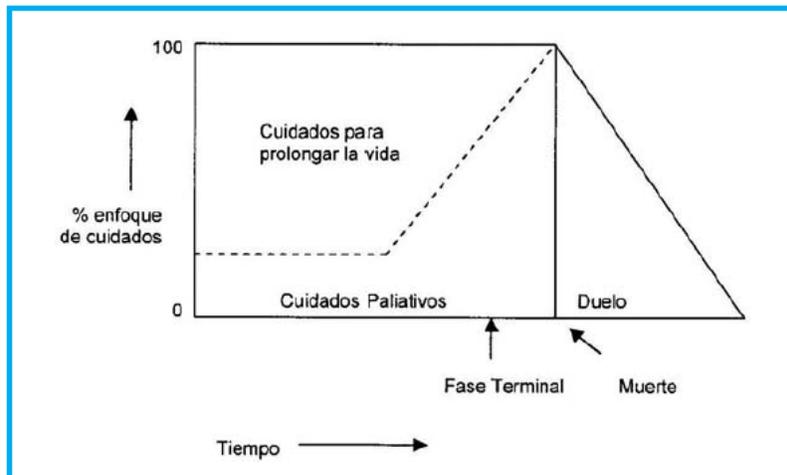
- 2 Lara A, Tamayo A, Gaspar S. Instituto Nacional de Cancerología. [Online].; 2006. Acceso 19 de feb de 2022. Disponible en: <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1172291086.pdf>.
- 2 Temboury F, Mons E. MedyNET. [Online].; 2018. Acceso 16 de feb de 2022. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/terminal.pdf>.
- 2 Artetxe A. Derecho a Morir. [Online].; 2005. Acceso 8 de abr de 2022. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/10/2005-problemas-eticos-legales-cuidados-paliativos.pdf>.

ANEXOS.

Anexos. # 1. Algoritmo de los cuidados paliativos.

| FASES | Curativa | Paliativa | Agónica |
|---|-------------------|---------------------------|-------------------|
| Prioridad | Supervivencia | Calidad de vida | Calidad de muerte |
| Supervivencia prevista | Prolongada | Limitada | Ninguna |
| Tolerancia a la agresividad terapéutica | Puede ser elevada | Baja | Nula |
| Medicinas de apoyo | Sí | Posible (Calidad de vida) | No |
| Hidratación / Alimentación artificial | Sí | Posible (calidad de vida) | No |

Anexos # 2. Previsiones en la trayectoria de la enfermedad.



Anexos # 3. Escala de Karnofsky

Escala de Karnofsky

| | |
|--|-----|
| Asintomático Sin evidencia de enfermedad | 100 |
| Capaz de realizar actividad normal Signos o síntomas menores de enfermedad | 90 |
| Actividad normal con esfuerzo Algunos síntomas o signos de enfermedad | 80 |
| Incapaz de realizar actividad normal o trabajar Se vale por sí mismo | 70 |
| Asistencia ocasional. Se hace cargo de la mayoría de sus necesidades | 60 |
| Considerable asistencia; frecuentes cuidados médicos | 50 |
| Imposibilitado. Requiere cuidados especiales y asistencia | 40 |
| Gravemente imposibilitado La hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente | 30 |
| Muy enfermo. Precisa hospitalización Requiere tratamiento de soporte activo | 20 |
| Moribundo | 10 |
| Éxito | 0 |

Anexos # 4. Sistema de evaluación de síntomas de edmonton-esas

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| Nada de dolor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | El peor dolor que se pueda imaginar |
| Nada agotado (cansancio, debilidad) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Lo más agotado que se pueda imaginar |
| Nada somnoliento (adormilado) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Lo más somnoliento que se pueda imaginar |
| Sin náuseas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Las peores náuseas que se pueda imaginar |
| Ninguna pérdida de apetito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | El peor apetito que se pueda imaginar |
| Ninguna dificultad para respirar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar |
| Nada desanimado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Lo más desanimado que se pueda imaginar |
| Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Lo más nervioso que se pueda imaginar |
| Duermo perfectamente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar |
| Sentirse perfectamente (sensación de bienestar) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Sentirse lo peor que se pueda imaginar |
| Nada Otro problema (por ej; sequedad de boca) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Lo peor posible |

Anexos # 6. VARIABLES E INDICADORES

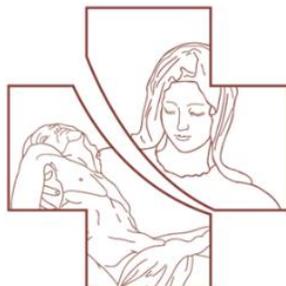
| TEMA: Habilidades y conocimientos de profesionales de enfermería al brindar atención al paciente oncológico con síntomas refractarios en hospital divina providencia. | | | | |
|--|-------------------------------|---|--|--|
| ENUNCIADO DEL PROBLEMA: ¿Cuáles son las habilidades y conocimientos de profesionales de enfermería al brindar atención al paciente oncológico con síntomas refractarios en hospital divina providencia? | | | | |
| OBJETIVO GENERAL: Determinar las habilidades y conocimientos de profesionales de enfermería al brindar atención al paciente oncológico con síntomas refractarios en hospital divina providencia. | | | | |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS. | VARIABLES. | CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES. | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. | INDICADORES. |
| Evaluar las habilidades para realizar las intervenciones que posee el personal de enfermería al paciente oncológico avanzado en el Hospital Divina Providencia. | Paciente oncológico avanzado. | Enfermedad que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable | -Enfermedad avanzada, progresiva e incurable. -Falta de respuesta a tratamientos específicos. -Intervenciones de enfermería. -Realización de procedimientos técnicos. | -Garantizar el confort de los usuarios. -Acciones de enfermería a realizarse durante las últimas 48 horas. -Realización de cuidados. |

| | | | | |
|---|---------------------------|--|---|--|
| <p>Identificar los conocimientos en las principales indicaciones de sedación paliativa y el manejo que realiza el personal de enfermería de los síntomas que presentan los pacientes oncológicos avanzados.</p> | <p>Signos y síntomas.</p> | <p>Los signos y los síntomas son formas en las que el cuerpo manifiesta que tiene algún malestar, lesión o enfermedad.</p> | <p>-Síntomas intensos, múltiples y cambiantes. -Realización de las diferentes herramientas de observación en cuidados paliativos.</p> | <p>-Dolor. -Disnea. -Hipo. -Debilidad. -Confusión. -Ansiedad. -Tos. -Estado de conciencia.</p> |
|---|---------------------------|--|---|--|

Anexos # 8. PRESUPUESTO.

| DESCRIPCION | UNIDAD | CANTIDAD | COSTO UNITARIO | COSTO TOTAL |
|---|--------|----------|----------------|-------------|
| Papelería en general, útiles y materiales de oficina | | | | |
| Papel bond | Millar | 3 | \$4.80 | \$14.40 |
| Folder manilo | Unidad | 5 | \$0.70 | \$3.50 |
| Lapiceros | Unidad | 3 | \$0.25 | \$0.75 |
| Dispositivo USB. | Unidad | 1 | \$15.00 | \$15.00 |
| Contratación de servicios | | | | |
| Servicio de internet | Mes | 3 | \$109.5 | \$109.5 |
| Electricidad | Mes | 3 | \$202.50 | \$202.50 |
| Viajes | | | | |
| Pasajes y gastos de transporte. | Global | 10 | \$ 0.80 | \$8.00 |
| Servicios de impresiones, encuadernación y empastado | | | | |
| Impresiones | Unidad | 300 | \$0.02 | \$6.00 |
| Rotulados | Unidad | 2 | \$15.00 | \$15.00 |
| Anillados | Unidad | 1 | \$7.00 | \$7.00 |
| Copias | Unidad | 100 | \$0.03 | \$3.00 |
| Alimentación | | | | |
| Alimentación por asesoría | Unidad | 3 | \$15.00 | \$15.00 |
| Alimentación defensa final | Unidad | 5 | \$40.00 | \$40.00 |
| Pago de taller de investigación | | | | |
| Taller | Unidad | 1 | \$277.59 | \$277.59 |
| Gastos de graduación | | | | |
| Presentación de trabajo de graduación oral | Unidad | 3 | \$600 | \$600 |
| Derecho de graduación | Unidad | 3 | \$3,335.24 | \$3,335.24 |
| Sub Total: 5,723.88 | | | | |
| Imprevisto 10%: 872 | | | | |
| Total, general: 6,595.88 | | | | |

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
ESCUELA DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



**CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE
LABORAN EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA.**

OBJETIVO: Recolectar información acerca de las habilidades y conocimientos que poseen los profesionales de enfermería al momento de brindar atención directa a los pacientes.

INDICACIONES

- La información que se recolecte será confidencial.
- Lea detenidamente cada pregunta y responda según su criterio.
- Las preguntas con varias opciones deben marcar el cuadro con un cheque que corresponda a la respuesta correcta

Fecha: _____

I. ASPECTOS SOBRE LAS INTERVENCIONES QUE REALIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS AVANZADOS.

1. Seleccione la definición correcta de paciente oncológico avanzado.

- Enfermedad de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente.
- Enfermedad que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable.
- Casos de cáncer para los cuales no es posible lograr la cura. Esto implica los cánceres que no desaparecerán por completo o cuyo regreso no podrá evitarse.

2. ¿Entre las intervenciones que se deben realizar a los pacientes oncológicos avanzados se encuentra? (Seleccione 2)

- Favorecer la movilidad del paciente y realizar frecuentes cambios posturales.
- Asistir al médico en diversos procedimientos.
- Administrar oxígeno según necesidad.
- Brindar apoyo emocional.

3. Seleccione la clasificación correcta de las técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor. (Seleccione 1)

- Técnicas mecánicas y conductuales.
- Técnicas dependientes e independientes.
- Técnicas mecánicas y dinámicas.
- Técnicas psicológicas y mentales.

II. ASPECTOS SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES Y EL MANEJO HOSPITALARIO QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

4. ¿Detalle 3 de los signos y síntomas que se presentan en los pacientes oncológicos durante sus últimas 48 horas de vida?

5. ¿Reporta al médico de staff cualquier anomalía que presente el paciente y que pueda apresurar su proceso de enfermedad?

SI _____ NO _____

6. ¿En qué síntomas es indicada la sedación paliativa? (seleccione 2)

- Por refractariedad.
- Por cefalea.
- Por insomnio.
- Por ansiedad.

III. ASPECTOS SOBRE LAS HERRAMIENTAS QUE SE UTILIZAN AL MOMENTO DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

7. ¿Seleccione el concepto correcto de sedación paliativa?

- Combinación de un fármaco que ayuda a relajarse y otro que se encarga de bloquear el dolor durante un procedimiento.
- Estado de calma, relajación o somnolencia que causan ciertos medicamentos.
- Disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios.

8. ¿Detalle cuáles son las herramientas para el manejo del dolor?

9. ¿En qué periodo de tiempo debe de realizarse el llenado de la herramienta EDAF?

- Cada dos horas.
- Cada cuatro horas.
- Cada hora.
- Cada seis horas.

Anexos # 10. CLAVE DE CUESTIONARIO.

**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
ESCUELA DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



**CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE
LABORAN EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA.**

OBJETIVO: Recolectar información acerca de las habilidades y conocimientos que poseen los profesionales de enfermería al momento de brindar atención directa a los pacientes.

INDICACIONES

- La información que se recolecte será confidencial.
- Lea detenidamente cada pregunta y responda según su criterio.
- Las preguntas con varias opciones deben marcar el cuadro con un cheque que corresponda a la respuesta correcta

Fecha: _____

I. ASPECTOS SOBRE LAS INTERVENCIONES QUE REALIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS AVANZADOS.

2. Seleccione la definición correcta de paciente oncológico avanzado.

- Enfermedad de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente.
- Enfermedad que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable.
- Casos de cáncer para los cuales no es posible lograr la cura. Esto implica los cánceres que no desaparecerán por completo o cuyo regreso no podrá evitarse.

3. ¿Entre las intervenciones que se deben realizar a los pacientes oncológicos avanzados se encuentra? (Seleccione 2)

- Favorecer la movilidad del paciente y realizar frecuentes cambios posturales.
- Asistir al médico en diversos procedimientos.
- Administrar oxígeno según necesidad.
- Brindar apoyo emocional.

4. Seleccione la clasificación correcta de las técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor. (Seleccione 1)

- Técnicas mecánicas y conductuales.
- Técnicas dependientes e independientes.
- Técnicas mecánicas y dinámicas.
- Técnicas psicológicas y mentales.

II. ASPECTOS SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES Y EL MANEJO HOSPITALARIO QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

5. ¿Detalle 3 de los signos y síntomas que se presentan en los pacientes oncológicos durante sus últimas 48 horas de vida?

6. ¿Reporta al médico de staff cualquier anomalía que presente el paciente y que pueda apresurar su proceso de enfermedad?

SI _____ NO _____

7. ¿En que síntomas es indicada la sedación paliativa? (seleccione 2)

- Por refractariedad.
- Por cefalea.
- Por insomnio.
- Por ansiedad.

III. ASPECTOS SOBRE LAS HERRAMIENTAS QUE SE UTILIZAN AL MOMENTO DEL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

8. ¿Seleccione el concepto correcto de sedación paliativa?

- Combinación de un fármaco que ayuda a relajarse y otro que se encarga de bloquear el dolor durante un procedimiento.
- Estado de calma, relajación o somnolencia que causan ciertos medicamentos.
- Disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios.

C. ¿Detalle cuáles son las herramientas para el manejo del dolor?

EDAF
ESAS
EVA

D. ¿En qué periodo de tiempo debe de realizarse el llenado de la herramienta EDAF?

- Cada dos horas.
- Cada cuatro horas.
- Cada hora.
- Cada seis horas.

Anexos # 11.

**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL
SALVADOR
ESCUELA DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ doy mi consentimiento informado para que me encuesten las estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador, en la investigación que se realizara explicándome los riesgos y beneficios, entendiendo que la encuesta formara parte de un estudio sobre las habilidades y conocimientos que poseen los profesionales de enfermería al momento de brindar atención directa a los pacientes oncológicos con indicación de sedación paliativa.

Entendiendo que seré encuestada (o) en el área de trabajo en el horario que me sea factible. Entiendo que fui elegida (o) para participar en este estudio por ser una/un profesional de la salud empleado del Hospital Divina Providencia, responderé libremente la encuesta.

Se me ha notificado que es de todo voluntario y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder una pregunta o decidir dar por terminado en cualquier momento. Además no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación, entiendo que los resultados de la investigación se me pueden proporcionar si los solicito al grupo de investigadoras en caso de que tenga alguna duda sobre mis derechos como participante.

Fecha: _____

Firma del entrevistado: _____

Firma del entrevistador: