



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
MENCION EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LAS
PERSONAS EN CUIDADO PALIATIVOS, EN EL CANTÓN IBARRA, EN EL AÑO
2021.**

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título Magíster en Salud
Pública con Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria**

AUTORA:

CARLA PAOLA CARLOSAMA ANDRADE

TUTOR DE TESIS:

DR. SECUNDINO GONZALEZ PARDO

IBARRA, ECUADOR 2021

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedico primeramente a Dios por darme la fuerza y la salud para culminar una etapa y darme fuerza para superar obstáculos. A mis padres, que con mucho amor, trabajo y entrega me han apoyado en todo momento y no han declinado nunca en creer en mí y siempre han sido participes de todas mis victorias y derrotas.

A mis abuelitos Carlos y Eliza por su tiempo, apoyo y amor incondicional. A mi familia por sus palabras alentadoras siempre necesarias en todo momento. Para todos ellos dedico el fruto de mucho esfuerzo y abnegación que constituye esta tesis.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios ser divino por darme la vida y guiar mis pasos cada día, a mi Madre por haberme dado su fuerza y apoyo incondicional. Expreso mi más sincero agradecimiento a todo el personal docente y administrativo del Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica del Norte por impartir los conocimientos y enseñanzas que guiarán mi quehacer profesional. Y un especial agradecimiento a mi tutor de tesis, Doctor Secundino Gonzales Prado, que con su orientación, paciencia y experiencia me ha ayudado para que este trabajo sea un éxito.

MUCHAS GRACIAS Y QUE DIOS LES BENDIGA

Paola Carlosama Andrade



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACION DE USO Y PUBLICACION A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACION DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CEDULA DE IDENTIDAD	1003462775		
APELLIDOS Y NOMBRES	Carlosama Andrade Carla Paola		
DIRECCIÓN	Los Mitimaes y Avenida Atahualpa		
EMAIL	karlita-1692@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO	062957321	TELÉFONO MOVIL	0986117489

DATOS DE LA OBRA	
TITULO	CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LAS PERSONAS EN CUIDADO PALIATIVOS, EN EL CANTÓN IBARRA, EN EL AÑO 2021.
AUTOR	Carlosama Andrade Carla Paola
FECHA:	20 de Septiembre de 2021
PROGRAMA DE POSGRADO	SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA
TITULO POR EL QUE OPTA	Magister en Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 20 días del mes de Octubre de 2021

EL AUTOR:

A handwritten signature in blue ink, enclosed in a blue oval. The signature reads "Carla Carlosama".

Carla Paola Carlosama Andrade



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

Ibarra, 20 de Septiembre del 2021

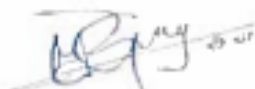

Dra. Lucía Yépez V MSc.
Directora
Instituto de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señora Directora:

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo de Grado CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LAS PERSONAS EN CUIDADO PALIATIVOS, EN EL CANTÓN IBARRA, EN EL AÑO 2021, de la maestrante Carla Paola Carlosama Andrade, de la Maestría de salud Pública mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Tutor	Secundino Gonzales Prado	
Asesora	María Ximena Tapia Paguay	

INDICE

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
CAPÍTULO I	12
El Problema	12
1.1. Planteamiento del Problema	12
1.2 Formulación del Problema	14
1.3 Objetivos	14
1.3.1 <i>Objetivo General</i>	14
1.3.2 <i>Objetivos Específicos</i>	14
1.4 Justificación	15
CAPITULO II	17
Marco teórico	17
2.1 Antecedentes	17
2.2 Marco referencial	19
2.3. Marco conceptual	24
2.3.1. <i>Definición de Cuidados paliativos</i>	24
2.3.2. <i>Historia de los cuidados paliativos</i>	25
2.3.3. <i>Desarrollo de los cuidados paliativos</i>	26
2.3.4. <i>Criterios diagnósticos del enfermo terminal</i>	27
2.3.5. <i>Enfermedades causantes de terminalidad</i>	27
2.3.6. <i>Objetivos de los cuidados paliativos</i>	28
2.3.7. <i>Principios de los cuidados paliativos</i>	29
2.3.8. <i>Organización y prestación de los servicios de salud</i>	29
2.3.9. <i>Modalidades de atención en cuidados paliativos</i>	30
2.3.10. <i>Calidad de la atención</i>	31
2.3.11. <i>Modelos y teorías en Enfermería en cuidados paliativos.</i>	33
2.4. Marco legal	34
2.4.1. <i>Constitución de la República del Ecuador:</i>	34
2.4.2. <i>Plan Nacional del Buen Vivir</i>	35
2.4.3. <i>Ley Orgánica de Salud</i>	35
2.4.4. <i>Ley de Derechos y Amparo al Paciente</i>	36
2.5. Marco Ético	37
2.5.1 <i>Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería</i>	37
2.5.2. <i>Código de Núremberg</i>	39

2.5.3. <i>El informe Belmont</i>	40
CAPÍTULO III	41
Marco metodológico	41
3.1 Contexto: Descripción del área geográfica donde se desarrolló el proyecto	41
3.2 Tipo de investigación	41
3.3 Diseño de la investigación	41
3.5 Población	41
3.6 Criterios de inclusión:	41
3.7 Criterios de exclusión:	41
3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	42
3.10 Operacionalización de variables	44
CAPITULO IV	52
RESULTADOS Y ANALISIS	52
CÁPITULO V	63
5.1. Conclusiones	63
5.2. Recomendaciones	63
CÁPITULO IV	65
6. Propuesta	65
6.1.1. Introducción	65
6.1.2. Objetivos	66
6.1.3. Plan de cuidados de Enfermería	66
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE PROMOCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS	72
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE PREVENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS	74
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA DE CURACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS	78
Bibliografía	80
ANEXO 01	87
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA EN ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS	87
ANEXO 02	90
OFICIO INGRESADO AL CENTRO DE SALUD NRO.1 IBARRA	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	52
---------------	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	54
Figura 2.....	55
Figura 3.....	56
Figura 4.....	58
Figura 5.....	59
Figura 6.....	61

RESUMEN

Determinar y evaluar la calidad de atención en los pacientes en cuidados paliativos del Cantón Ibarra y su contexto biopsicosocial a través de la percepción de cada paciente y/o cuidador es el objetivo principal del estudio. Mediante metodologías de investigación descriptivas, cualitativa y transversales, se aplicó la entrevista estructurada con el instrumento QPP-PC (Quality Perspective Patient Palliative Care) que valoró cuatro dimensiones globales las condiciones físico- técnicas, la competencia médica, enfoque orientado a la identidad y ambiente sociocultural a enfermeros y cuidadores. Como resultados relevantes se obtuvo que el 60% de la población en estudio son mayores de 65 años de edad y de acuerdo al tipo de enfermedad registran con mayor frecuencia enfermedades no oncológicas. Se evidencia que el personal que realiza las visita a domicilio en su mayoría son médicos (100%) junto a enfermeras (53 %), pertenecientes a los centros de salud del Ministerio de Salud Pública. La percepción de los usuarios sobre la atención brindada por el personal de salud es excelente y de calidad y lo relacionan al buen trato, visitas en domicilio, entrega de medicamentos. Por lo tanto, se elaboró un Plan de cuidados estandarizado, para usuarios en cuidado paliativo con la aplicación del método científico con el fin de facilitar intervenciones de enfermería para prevenir y tratar los síntomas y los efectos secundarios de la enfermedad, y satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espiritual.

Palabras clave: calidad, cuidado paliativo, percepción

ABSTRACT

Determining and evaluating the quality of care in palliative care patients of the Cantón Ibarra and its biopsychosocial context through the perception of each patient and / or caregiver is the main objective of the study. Through descriptive, qualitative and cross-sectional research methodologies, it is identified that 60% of the study population are over 65 years of age and, according to the type of disease, they more frequently register non-oncological diseases. It is evidenced that the personnel who carry out the home visits are mostly doctors (100%) together with nurses (53%), belonging to the health centers of the Ministry of Public Health. The perception of users about the care provided by health personnel is excellent and of quality and they relate it to good treatment, home visits, delivery of medicines, however, several indicate that the needs of patients are not satisfied by the lack of supplies, medicines and equipment. Therefore, a standardized care plan was developed for users in palliative care with the application of the scientific method in order to facilitate nursing interventions to prevent and treat the symptoms and side effects of the disease, and meet their physical needs , psychological, social and spiritual. In conclusion, the quality of care is directly related to strict compliance with current legal regulations, continuous training of health professionals and follow-up of cases.

Keywords: quality, palliative care, perception

CAPÍTULO I

El Problema

1.1. Planteamiento del Problema

Los cuidados paliativos se deben otorgar en todos los niveles de atención, acorde a los recursos humanos, materiales y financieros. Los equipos especializados deben intervenir en principios de calidad (efectividad y eficiencia), ética médica y trato humanitario, con la asesoría, control y seguimiento los usuarios en cuidado paliativo en el primer nivel de atención. (Robles, 2018).

Los cuidados paliativos en la atención primaria de salud están siendo gradualmente desarrollados, pero es necesario considerar el modo de organización de la atención primaria de salud y las políticas sociales que las sustentan o debilitan; lo que es considerado un desafío complejo. (Justino, Eveline Treméa, Kasper, Maristel, Santos, Karen da Silva, Quaglio, Rita de Cassia, & Fortuna, Cinira Magali, 2020)

La Organización Mundial de la Salud, reporta que anualmente 40 millones de personas necesitan de cuidado paliativo y que los obstáculos que se deben atender para la asistencia paliativos son las políticas y sistemas de salud en donde se contemple la importancia de los cuidados paliativos, la formación de los profesionales de la salud y el acceso a una atención integral y entrega de medicamentos esenciales. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

La capacidad de respuesta en América Latina y el Caribe (ALC) en relación a cuidados paliativos es escasa: muchos países no satisfacen las demandas y se considera que sólo reciben cuidados paliativos entre el 5 y el 10% de los enfermos que los necesitan, más del 90% de servicios paliativos está en las grandes ciudades, y más del 50% de pacientes no puede pagar los servicios o la medicación. El 80% de las naciones no los

reconocen como una disciplina y no los incluyen en los sistemas sanitarios públicos o privados. (Jose F. Parodi, Rocío Morante, Lilian Hidalgo, Ricardo Carreño, 2016)

Estadísticas informan que 35 millones de personas padecieron condición de salud potencialmente mortales, limitantes, durante el final de la vida. Con estos datos se informan que en Latinoamérica existe menos de dos servicios de cuidados paliativos por millón de habitantes y se calcula que cada año más de 3,5 millones de personas podrían beneficiarse de los cuidados paliativos, pero de estos tan solo el 1% los recibe. (The Economist Intelligence Unit, 2015)

En Latinoamérica existe una demanda en aumento de cuidados paliativos. La cobertura es insuficiente a pesar de los avances y esfuerzos de los países de la Región. Por lo tanto, es importante que los Gobiernos trabajen para que las personas y comunidades en particular los grupos en situaciones de vulnerabilidad como son usuarios de cuidado paliativos tengan servicios integrales de salud adecuados, oportunos y de calidad. (Encuentro de Alto Nivel de Cuidados Paliativos, FEDELAT, AHPC,ALCP, 2018)

Como se menciona en el Primer Encuentro de Alto Nivel “Cuidados Paliativos en 2018 se indica que en Latinoamérica son pocos los países que han efectuado políticas para los cuidados paliativos, con implementación de servicios de cuidados paliativos de calidad, fortaleciendo el sistema de formación de los profesionales, con acceso al tratamiento del dolor. (Encuentro de Alto Nivel de Cuidados Paliativos, FEDELAT, AHPC,ALCP, 2018)

El Ecuador respecto de la provisión de servicios de cuidados paliativos, según la Worldwide Palliative Care Alliance, se encuentra en el Nivel de desarrollo 3 que significa: los servicios de cuidados paliativos se prestan de manera aislada. El enfoque de cuidado paliativos es una estrategia integral multidimensional e intercultural que está

incluida en el Modelo de Atención Integral de Salud- Familiar, Comunitario e Intercultural, que afirma que el cuidado de la salud debe ser universal, gratuita. Los cuidados paliativos en la salud pública en el Ecuador son considera como componentes importantes ya que garantizan el derecho al alivio del sufrimiento, a la dignidad, a solventar las necesidades y la calidad de vida de las personas en su estado final de la vida. (MSP, 2015).

En el Ecuador no se cuenta con información actualizada respecto a los usuarios en cuidados paliativos, del seguimiento y estudios que determinen la calidad de atención, por lo tanto, es importante realizar este trabajo de investigación para evaluar la calidad de los cuidados paliativos, a través de la percepción de los usuarios, para buscar opciones que garanticen una mejora del proceso para brindar mejor calidad de atención buscando el bienestar de los pacientes del Cantón Ibarra.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la calidad de atención en los pacientes en cuidado paliativo del Cantón Ibarra?

1.3 Objetivos

1.3.1 *Objetivo General*

Evaluar la calidad de atención en cuidados paliativos en los usuarios del Cantón Ibarra, período 2021.

1.3.2 *Objetivos Específicos*

Determinar la calidad de atención de los cuidados paliativos de acuerdo con las características demográficas y sociales de los pacientes.

Conocer la percepción de cuidadores y enfermos sobre cuidados paliativos en la población de estudio.

Proponer un plan de cuidados de enfermero de cuidados paliativos.

1.4 Justificación

La demanda por Cuidados Paliativos es un problema actual de salud pública, por el aumento de la incidencia de enfermedades terminales tanto oncológicas como no oncológicas, por ellos es importante analizar y conocer el enfoque de la calidad de manera integral que permitirá establecer el tipo de atención que se brinda a los usuarios de cuidados paliativos.

En el Ecuador existen varias leyes que obligan a practicar la atención paliativa en cada uno de los niveles de atención a pesar de lo cual es notoria la ausencia de equipos especializados en Cuidados Paliativos que brinden a los pacientes un trabajo multidisciplinar adecuado para solventar sus necesidades.

Por lo tanto, evaluar la calidad de atención de pacientes en cuidado paliativos en base a las distintas condiciones sociodemográficas y percepción propias de cada paciente y/o cuidador permite poseer un criterio global de calidad para la comprensión de la realidad del paciente paliativo con el fin de que el personal de salud busque opciones que garanticen una mejora del proceso para brindar una mejor calidad de atención paliativa buscando siempre el bienestar de los pacientes.

Los aportes de la investigación se dirigen a conocer tres aspectos importantes: técnicos, científica y humanísticas. A nivel científico y técnico proporciona conocimientos acerca del cuidado a pacientes en fase terminal, en relación a la satisfacción de las necesidades como el bienestar, alivio del dolor y otros síntomas, planificación de visitas domiciliarias, atención médica, psicológica, social y espiritual de esta población. A nivel humanístico describir el aporte de los profesionales de la salud

con relación a los vínculos de confianza y apoyo en la toma de decisiones y fomentar el mantenimiento de la dignidad y la calidad de vida en esta última fase.

De esta manera, surge el interés para determinar y evaluar la calidad de atención de los pacientes en cuidados paliativos del Cantón Ibarra y su contexto biopsicosocial para sensibilizar al personal de salud y buscar opciones que garanticen una mejora del proceso para brindar la mejora calidad de atención paliativa, buscando el bienestar de los pacientes.

CAPITULO II

Marco teórico

2.1 Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud en el año 2002 redefine el concepto de Cuidados Paliativos como la atención para intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes y las familias enfrentados a una enfermedad terminal, mediante el alivio del sufrimiento, por medio de la correcta valoración y tratamiento del dolor y de los otros problemas físicos, psicológicos y espirituales. Los cuidados paliativos, deben ser empleados en estadios más precoces de la enfermedad, en combinación con tratamientos más activos con finalidad paliativa, con una atención integral, individualizada y continuada de las personas con enfermedad en situación avanzada y Terminal, así como de las personas a ellas vinculadas. (Martín-Romo Mejías, 2018)

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) incluye en sus estatutos la siguiente definición:

Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal: siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y su familia, y los medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación cuando estemos delante de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico y con una muerte previsible a corto plazo, causada ya sea por un cáncer, SIDA o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva. (Sociedad Española de Cuidados Intensivos, 2015)

Los cuidados paliativos no tienen una finalidad curativa, sino de alivio del sufrimiento y mejora de la calidad de vida, atendiendo a la dimensión física, psicosocial y espiritual del paciente y su entorno. Las necesidades de una persona en la etapa final de la vida pueden ser múltiples, cambiante y plurifactoriales, por lo que los cuidados paliativos necesitan de un trabajo en equipo interdisciplinar. Estos equipos interdisciplinarios incluyen profesionales como: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, farmacéuticos, asesores espirituales y voluntarios. (Díaz Cortés, M. D. M. Román López, P. y María del Mar Díaz Cortés., 2017).

Como menciona Cortés, Román López y Díaz Cortés(2017) desde la Enfermería, hay que tener la firme convención de que la enfermera siempre puede y debe seguir aplicando los cuidados necesarios y adecuados, para proporcionar el mayor bienestar posible en el paciente y su familia, e insistir más en CUIDAR que en CURAR en esta etapa final de la vida, contribuyendo a mantener el nivel más alto de calidad de vida y ayudarlo 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. (Díaz Cortés, M. D. M. Román López, P. y María del Mar Díaz Cortés., 2017)

El International Council of Nurses en una Declaración de posición adoptada en el año 2000 mantiene que:

Las enfermeras son miembros clave de los equipos pluridisciplinarios que prestan cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias” y “apoya a las enfermeras para que presten cuidados compasivos a las personas en la fase final de la vida, respeten las normas éticas y culturales en la muerte y en el duelo y aborden las necesidades de los miembros de las familias. (Díaz Cortés, M. D. M. Román López, P. y María del Mar Díaz Cortés., 2017)

La finalidad de la Enfermería es el cuidado, en el cual se establecen acciones e intervenciones con un fundamento científico y humanista, sustentado en modelos teóricos que orientan la disciplina y la práctica profesional. Como mencionan Figueredo, Ramírez, Pereira, Nurczyk y Diaz (2019) el rol de la enfermera tiene relación con la función de protectora de la dignidad de la persona al final de su vida. Este cuidado es altamente demandante para la enfermera, tanto desde el punto de vista emocional físico como emocional. (Figueredo Borda, Ramírez Pereira, Murczyk, & Diaz Videla, 2019)

2.2 Marco referencial

En el año 2019, Tripodoro, Goldraj, Daud, Veloso, De Vito, en su trabajo de investigación: Análisis de los resultados de un programa de calidad en cuidados paliativos para los últimos días de vida en centros de salud de Argentina, llegan a la conclusión que la implementación del Programa Asistencial Multidisciplinario Pallium, basado en estándares del *International Collaborative for Best Care for the Dying Person*, con la comunicación del plan de cuidados con el paciente, capacitación y supervisión permanente a los equipos profesionales de quienes se registraron percepciones de la implementación, demostró la factibilidad de un modelo de atención para pacientes y familias en final de vida, basado en estándares de calidad internacionales al proponer objetivos de cuidado: control de síntomas, comunicación, necesidades multidimensionales, hidratación y nutrición, documentación de intervenciones. (Tripodoro, Vilma A, Goldraj, Gabriel, Daud, María L, Veloso, Verónica I, Pérez, Marisa Del V, De Vito, Eduardo L, & De Simone, Gustavo G., 2019)

Alves, y Otros en el año 2019, en su trabajo de investigación: Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida, realizaron una revisión de literatura acerca de los cuidados paliativos, en una perspectiva histórico-conceptual y

en interfaz con las políticas públicas de salud. En la que afirman que los resultados apuntan a la necesidad y la urgencia de mayores debates y construcciones teóricas sobre los Cuidados Paliativos, indican que existe una gran laguna en la formación de los profesionales de salud para la actuación en Cuidados Paliativos y discute la necesidad de la ampliación de servicios dedicados a los Cuidados Paliativos, en tal sentido recomiendan que debe existir más debate en el ámbito de las políticas públicas de salud, mejoras en el proceso de formación y capacitación de los profesionales para actuar con competencia y respeto a la dignidad humana hasta los últimos momentos de vida de las personas enfermas. (Alves, Railda Sabino Fernandes, Cunha, Elizabeth Cristina Nascimento, Santos, Gabriella César, & Melo, Myriam Oliveira., 2019)

Mejías (2018) afirma que los objetivos prioritarios de los Cuidados Paliativos son el fomento de la autonomía del enfermo y su familia y el respeto a su dignidad, por lo que si el paciente está rodeado de su familia y seres queridos, por lo tanto el vínculo de confianza y apoyo de las enfermeras con la persona en etapa final de vida es fundamental para promover el confort de la persona, alentarle en la toma de decisiones y fomentar el mantenimiento de la dignidad y la calidad de vida en esta última fase. (Martín-Romo Mejías, 2018)

Por otra parte es importante hablar de la evaluación de calidad de los cuidados paliativos, según Egea, -Ursúa y Toro (2018) muestra que las dimensiones básicas de la calidad del cuidado enfermero con la ética, técnica, conocimiento científico y relaciones interpersonales y que el planteamiento de indicadores específicos de las intervenciones enfermeras, se ha basado fundamentalmente en taxonomías de resultados y en estándares de enfermería que han permitido medir la contribución específica enfermera en las organizaciones sanitarias. (Mar Zulueta Egea¹, María Prieto-Ursúa², Laura Bermejo Toro³, 2018)

Además, mencionan que las principales áreas de evaluación de la calidad en cuidados paliativos son el control de síntomas, la visión holística de la persona, los aspectos funcionales y de calidad de vida, la satisfacción, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, la planificación y continuidad de cuidados, la comunicación, la carga y bienestar familiar, y la calidad de la muerte y experiencia del final de la vida.

La enfermera ocupa un lugar privilegiado en el equipo de salud ya que es la persona que permanece mayor cantidad de tiempo con el paciente y le permite ejercer el rol de “cuidador”, el cuidar se define como ayudar a las pacientes afrontar los problemas y a obtener un mayor grado de bienestar. Por lo tanto, la enfermera en relación a cuidados paliativos debe desarrollar actividades en el cuidado a pacientes y familiar que encamina a un proceso degenerativo o hacia la muerte. Según Hagan (2018) todas las enfermeras deberían ser competentes para cuidados paliativos, independientemente de su entorno o área de trabajo, haciéndolo posible por medio de programas de capacitación en cuidados paliativos, de pregrado y posgrado, que incluyan habilidades de comunicación, objetivos de atención, y toma de decisiones. (Hagan, 2018)

En un estudio sobre los significados que tiene para el profesional de enfermería el trabajar en el Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, las profesionales expresaron que es complejo no cumplir con las expectativas de la familia y usuario cuando no se cuenta con una adecuada coordinación entre niveles de atención o no se tienen todos los recursos para cumplir con las normativas y guías ministeriales en Cuidados Paliativos, además que se requiere que los profesionales cumplan con cierto perfil con habilidades, conocimientos y preparación en el área para gestionar una atención de calidad. (Contreras Contreras, Sónia Eugenia, & Sanhueza Alvarado, Olivia Inés., 2016)

En esa línea existen varios modelos y teorías en Enfermería que se orientan en particular a cuidados paliativos. De acuerdo con Hernández, Pacheco y Rodríguez (2017), el modelo conceptual de Orem no sólo está orientado a situaciones de final de la vida, sino que puede orientar el cuidado a personas con enfermedades graves y a largo plazo. Este modelo consiste en controlar factores internos y externos que puedan comprometer su vidas y desarrollo posterior, además ofrecer herramientas a los profesionales de enfermería para brindar atención de calidad con el binomio salud – enfermedad. (Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam., 2017)

Velázquez y Jiménez (2017) sostienen que el modelo de Virginia Henderson plantea cuidados desde un enfoque holístico en el que se engloban aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, mencionan que el profesional de salud que acompañan en el proceso de fase terminal de un paciente necesita herramientas y actitudes para facilitar en la medida de lo posible atención y confianza que incluya la dimensión espiritual. (Pinedo Velázquez & JJiménez Jiménez, 2017)

Como menciona Hernando (2015), la teoría de Virginia Henderson consideraba que el individuo necesitaba ayuda para lograr independencia, integración total de mente y cuerpo. Henderson se basa en la identificación de 14 necesidades básicas de las personas, esto contribuye a la aplicación y gestión del cuidado enfermero. (Hernando González, 2015)

Figueiredo (2016) sostiene que los principios básicos de la Teoría Humanista de Enfermería son apropiados para todos los profesionales que cuidan de personas al final de la vida, ya que pueden aportar una visión para que las enfermeras empaticen y den respuesta a las personas que se encuentran cercanas a su muerte. La Teoría Humanística de Enfermería destaca el vínculo que se instaura entre la enfermera y la persona que recibe

el cuidado. La enfermera cuida al paciente en etapa terminal de su enfermedad, a través de la escucha, de estar con el paciente, y de otras actividades de enfermería. El profesional de enfermería gestiona el cuidado teniendo en cuenta la libertad y singularidad del paciente, con su historia particular, con sus experiencias, aceptando su mundo y modo de vida, para poder brindarle ayuda. (França, 2016)

Correa y Pereira (2015) verificaron la aplicación de la teoría del confort en las visitas de enfermería realizadas a pacientes en cuidado paliativo con base en la sistematización del cuidado de enfermería, usando taxonomías NANDA, NIC-NOC. Aplicaron el cuestionario de confort al final de la vida y el NOC estado de confort a 20 pacientes en cuidado paliativo en la primera, tercera y sexta visita de la consulta de enfermería. Concluyen las autoras la pertinencia de incluir los postulados de la teoría de Kolcaba de 1994 en la atención de pacientes que se encuentren en cuidado paliativo. En esta teoría se reconoce que una de las necesidades centrales de atención de los enfermos en cuidado paliativo y objetivo de la terapéutica es el confort y que implica valorar cuatro contextos: el físico, el psico-espiritual, ambiental y el socio-cultural. (Correa, L.A. y Pereira, C, 2015)

Cameron y Johnston (2015) en un estudio realizado en Reino Unido proponen desarrollar y validar un cuestionario que mida la calidad del cuidado proporcionado por enfermeras/os de paliativos, desde la perspectiva del paciente. Los autores identificaron los principales atributos que debían tener las enfermeras/os especialistas en paliativos y los organizaron en cinco dimensiones: características personales de las enfermeras/os como estrategias de afrontamiento, inteligencia emocional, empatía, autenticidad, habilidades de comunicación, conocimientos sobre cuidados paliativos, relación terapéutica con el paciente y medidas de proporción de confort y bienestar. (Cameron, D. & Johnston, B., 2015)

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Definición de Cuidados paliativos

La OMS, define los cuidados paliativos como:

Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Los cuidados paliativos también mejoran la calidad de vida de sus allegados. Los cuidados paliativos se concretan en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas, ya sean de orden físico, psicosocial o espiritual. (OMS, 2017)

La OMS además indica las principales características de los cuidados paliativos:

- Suministrar alivio al dolor y a otros síntomas
- Contemplan la muerte como un proceso natural y defienden la vida.
- Reúnen los aspectos espirituales y psicológico en la atención al paciente
- Suministran un apoyo para ayudar a los pacientes a mantener hasta el fallecimiento
- Brindan su ayuda a cuidadores y familia a lo largo del proceso de la enfermedad y, luego en el duelo
- Trabajo en equipo para resolver las necesidades del paciente y de sus familiares.

– Aplicación de manera temprana en evolución de la enfermedad asociados a otros tratamientos como quimioterapia y radioterapia. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Los cuidados paliativos son la asistencia del paciente al final de la vida o con enfermedades amenazantes de la vida, aplicados a pacientes con un pronóstico de seis meses de vida. Se trata de programas de atención integral que incluyen medicación, cuidados diarios, tratamiento del síntoma, equipamiento, apoyo psicológico, social y espiritual al paciente y a sus cuidadores.

Los cuidados estas asociados éticamente a un "buen morir", entendiéndolo por ello morir sin dolor, morir junto a su familia, en el lugar que el paciente elige, morir con un régimen terapéutico de control de síntomas, recibir sedación cuando correspondía, y no ser objeto de una obstinación terapéutica por parte de los médicos. (Fascioli, 2016)

2.3.2. Historia de los cuidados paliativos

Etimológicamente la palabra paliativo proviene del latín pallium, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de curar síntomas o sufrimiento a brindar soporte en donde la curación ya no es una posibilidad con el acompañamiento y asistencia del enfermo y sus cuidadores hasta el último día de vida. (Cortés, Gomez Sancho, & Pascual Lopez, 2015)

Los cuidados paliativos tiene sus inicios en la Edad Media en los hospicios Franceses en donde, se logró mejor la calidad de vida de pacientes terminales, controlando sus síntomas y brindando una atención integral, con asistencias, psicológica, biológica, social y espiritual a pacientes y familiares, además ya se toma en cuenta la voluntariedad en las decisiones relacionadas con las muertes a los pacientes terminales. (Bernard, 2016)

Los cuidados paliativos se iniciaron en la década de los 60 como respuesta al tratamiento inadecuado del sufrimiento físico y psicosocial de pacientes y familiares al

final de la vida. En la última década los programas de cuidados paliativos han experimentado un masivo crecimiento, además del incremento de la formación e investigación en cuidados paliativos en centros educativos. que se han desarrollado en los últimos 40 años. (Cortés, Gomez Sancho, & Pascual Lopez, 2015)

A lo largo de la historia la muerte ha sido considerada un mito a pesar del avance y tecnología de la medicina y su apareamiento ha dejado de ser un fenómeno que ocasiona altos grados de estrés y angustia en las personas en estado terminal, cuidadores y familiares. El alivio del sufrimiento en el período final de la vida, reconocido en los últimos años como un derecho universal del ser humano, es una de las importantes misiones de la medicina.

2.3.3. Desarrollo de los cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud incorpora el concepto de Cuidados Paliativos en el año 1980 y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. La Organización Panamericana de la Salud también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales en 1990. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

En países como España, Francia Alemania, Italia, Bélgica, Holanda y Polonia se incorporan los cuidados paliativos a medianos de los ochenta y varios países de América Latina, entre los que destacan Argentina, Colombia, Brasil y Chile lo incorporan a mediados de los años noventa lo hicieron algunos países de América Latina, entre los que destacan Argentina, Colombia, Brasil y Chile a mediados de los noventa. (Sociedad Española de Cuidados Intensivos, 2015)

En el Ecuador en el año 1997 se creó la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos FECUPAL mediante la cual se brinda atención especializada domiciliaria en

pacientes terminales con la colaboración de profesionales de la salud que brindan acompañamiento y guía a los cuidadores. (FECUPAL, 2018)

2.3.4. Criterios diagnósticos del enfermo terminal

La enfermedad terminal se define como el estado clínico que provoca posibilidad de muerte en breve plazo, como proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas. Este término es útil para identificar las necesidades y cuidados especiales que ayuden al usuario y a su familia. Se determina con los siguientes criterios:

- Presencia de enfermedad avanzada, incurable, progresiva.
- Ausencia de posibilidad de tratamiento.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.
- Estado general grave (inferior a 40 % en la escala de Karnofsky). (Amado & Oscanoa, 2020)

2.3.5. Enfermedades causantes de terminalidad

La Organización Mundial de la Salud reporta que entre las principales enfermedades causantes de mortalidad se encontraron en primer lugar las enfermedades cardiovasculares seguidas del cáncer, diabetes y enfermedades neumológicas. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

La enfermedad terminal en muchas ocasiones se ha asociado con enfermedades oncológicas, pero existen otras patologías que en etapas muy avanzadas tienen los mismos requerimientos. Como son aquellas en las que se produce algún fallo orgánico, enfermedades degenerativas, neurológicas, es decir, que sobrellevan una enfermedad incurable, progresiva y avanzada, con pocas posibilidades de respuesta a tratamientos específicos y pronóstico de vida limitado que requieren de una atención médica especializada y de cuidados paliativos.

Entre las enfermedades causantes de terminales se encuentran:

Enfermedades oncológicas como

- Carcinomas.
- Sarcomas.
- Linfomas
- Leucemias

Enfermedades no oncológicas

- Cirrosis
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Insuficiencia cardiaca
- Miocardiopatías
- hipertensión arterial
- Alzheimer
- Parkinson (Amado & Oscanoa, 2020)

2.3.6. Objetivos de los cuidados paliativos

Los principales objetivos de los Cuidados Paliativos son los siguientes:

- **Alivio del dolor y otros síntomas:** La Organización Mundial de la Salud determinó que el alivio del dolor es un derecho fundamental y que incide en una falta de ética muy grave para los profesionales de la salud que impida a un ser humano el acceso a la posibilidad de alivio del mismo además determina que debe existir una adecuada formación de los profesionales de la salud y disponibilidad de fármacos para el tratamiento del dolor. (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015)
- **Atención psicológica y espiritualmente:** Los profesionales de salud deben detectar estas necesidades y consideran importante cuidar la dimensión espiritual

de la persona durante la asistencia sanitaria, garantizando una adecuada atención integral y una humanización de la asistencia. (López-Tarrida, Ángeles C, González-Martín, & González, 2020)

– **Brindar un sistema de apoyo:** para pacientes, cuidadores y familiares a llevar una vida más activa dentro de lo posible, hasta que acontezca la muerte, promoviendo su autonomía, su integridad personal y su autoestima y en período de duelo con diversas técnicas de trabajo individual y colectivo. (Cortés, Gomez Sancho, & Pascual Lopez, 2015)

2.3.7. Principios de los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida del paciente y de la familia que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, que tratan de amenorar el dolor y otros síntomas, con apoyo psicológico y espiritual desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo.

La Organización Mundial de la Salud menciona los principios de los cuidados paliativos:

- Consideran como un proceso normal la muerte.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente y la familia.
- Brindan apoyo para ayudar a los pacientes y a la familia a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Mejorar la calidad de vida que influye positivamente en el curso de la enfermedad.

(Organización Mundial de la Salud, 2020)

2.3.8. Organización y prestación de los servicios de salud

El manual de medicina paliativa del 2015 menciona que el Equipo de cuidados paliativos está conformado por la enfermera, el médico, trabajo social y el clérigo para brindar un trabajo óptimo. (Cortés, Gomez Sancho, & Pascual Lopez, 2015)

En el Modelo para la atención integral domiciliaria de pacientes con necesidad de cuidados permanente (cuidados paliativos y/o a largo plazo) en el Ecuador se menciona que las intervenciones en cuidados paliativos deben comenzar en el acto del diagnóstico y prolongarse durante todo el tratamiento, dirigido al cumplimiento de los objetivos de la atención con el aporte de cada profesional desde su rol, por lo tanto debe ser realizadas por equipo multidisciplinar compuesta por profesionales como enfermero, psicólogo, médico general y/o medico integral o medico familiar, nutricionista, técnico de atención primaria en salud, trabajo social, rehabilitador físico. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2020)

2.3.9. Modalidades de atención en cuidados paliativos

Atención hospitalaria. La atención hospitalaria cuenta con los equipos e insumos, así como de espacio físico, infraestructura y de profesionales capacitados, los hospitales de segundo y tercer nivel brindan atención especializada a usuarios en cuidado paliativo con la finalidad de brindar una atención más satisfactoria y humana.

El Modelo para la atención integral domiciliaria de pacientes con necesidad de cuidados permanente (cuidados paliativos y/o a largo plazo), indica lo siguiente

3.- Segundo y tercer nivel de atención.- si el usuario es identificado en el segundo o tercer nivel de atención, el equipo médico tratante en conjunto con trabajo social del establecimiento de salud, coordinarán las acciones respectivas para brindar cuidados permanentes en el domicilio del usuario, o notificará al primer nivel de atención para el seguimiento del caso mediante la contrarreferencia (formulario 053) detallando lo siguiente: datos generales, números de teléfono y su dirección

exacta, diagnóstico y prescripción médica, funcionalidad basal y de alta, en el caso de los adultos mayores detallar la estratificación de riesgo, adjuntando una copia de la epicrisis, además incluirá el formulario de PAD(anexo1, sección 1) donde se indique la prescripción médica y las indicaciones de cuidado permanente a ser ejecutadas por el EAIS y el especialista de primer nivel. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2020)

Atención domiciliaria. La atención domiciliaria en pacientes de cuidados paliativos permite una mayor participación familiar, además incrementa el grado de satisfacción en el usuario al encontrarse dentro de su hogar en un ambiente conocido. Se evita tratamientos innecesarios dentro del área hospitalaria, además se reducen gastos por largas estancias en los servicios hospitalarios.

El Modelo para la atención integral domiciliaria de pacientes con necesidad de cuidados permanente (cuidados paliativos y/o a largo plazo), indica lo siguiente:

2.- Primer nivel de atención. - en caso de que el usuario sea identificado en el primer nivel de atención en el equipo de atención integral en salud deberá coordinar y desarrollar las actividades que se requieran para una atención multidisciplinaria, con la finalidad de validar la necesidad del cuidado permanente se gestionará y definirá la visita domiciliaria subsecuente y visita domiciliaria valoración con trabajo social. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2020)

2.3.10. Calidad de la atención

La palabra calidad etimológicamente procede del latín “*qualitas-atris*”, que significa propiedad, atributo, que involucra a las personas a los distintos servicios que proporcionan salud, con sus respectivas diferencias. (López González, Cabrera Macias, López Cabrera, & Puerto Becerra, 2018)

Donabedian, en la década de los 80 formula la siguiente definición de la Calidad de la Atención en Salud

Calidad de la atención es aquello que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes. (Chávez Cruz & Molina Regalado, 2015)

La calidad de atención indica que se debe cumplir con las expectativas del usuario para satisfacer sus necesidades. La calidad de atención en salud es uno de los aspectos fundamentales de la medicina actual siendo una de las mayores preocupaciones del Sistema Nacional de Salud de muchos países. (Mayo Alegre, Loredó Carballo, & Reyes Benítez, 2015)

La Organización Mundial de Salud en el 2018 recomienda a las autoridades sanitarias a orientar de forma clara las políticas nacionales hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud con múltiples iniciativas y el establecimiento de componentes para medir los progresos. Los gobiernos deben adoptar medidas garantizar el compromiso y seguimiento con la calidad contribuyendo a un cambio en la cultura de los sistemas de salud. (Shamsuzzoha, Sheila Leatherman, Nana Mensah, Matthew, & Edward, 2018)

2.3.10.1. Dimensiones en la calidad de atención

Las dimensiones de la calidad de atención son (López González, Cabrera Macías, López Cabrera, & Puerto Becerra, 2018) :

- Efectividad: Capacidad de una prestación para mejorar el estado de salud de un usuario.
- Eficiencia: Capacidad para utilizar al máximo los recursos y tiempo

- **Accesibilidad:** Capacidad para que el usuario obtiene con facilidad apropiadamente asistencia.
- **Aceptabilidad:** Expectativas de los usuarios y sus familias en relación con la atención que reciben.
- **Competencia profesional:** Uso de recursos intelectuales, científico -técnicos del profesional de salud, de una manera óptima para proporcionar satisfacción total a los usuarios.

2.3.10.2. Percepción de calidad de atención en el paciente terminal

La perspectiva de los usuarios sobre la atención recibida ha sido destacada como de suma importancia en el desarrollo y la evaluación de la calidad en la atención médica y en particular en los cuidados paliativos. Esta necesidad de evaluar la calidad de los cuidados paliativos es reconocida a nivel mundial. Esta evaluación está basada en norma y en las expectativas y experiencias que hayan adquirido los pacientes y cuidadores a lo largo de su enfermedad.

La perspectiva del paciente de la atención recibida está constituida por la calidad de vida y la satisfacción de atención recibida y la perspectiva del sistema de salud que incluye la perspectiva propia de las instituciones, de los profesionales.

La evaluación está encaminada a verificar si la atención recibida incluye calidez y calidad, si posee comunicación efectiva entre paciente - médico y familiares - médico acerca de la enfermedad sus síntomas y el pronóstico, incorporando la parte física como emocional que experimentan a diario los usuarios y su percepción frente a la misma. Los resultados de estas evaluaciones permiten medir y avalar un óptimo control de calidad. (Sandsdalen, 2015)

2.3.11. Modelos y teorías en Enfermería en cuidados paliativos.

La Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem puede aplicarse en el contexto de cuidados paliativos, en este trabajo se propone siete grupos y en el grupo final representa la enfermedad que llegar a la etapa final de la vida. El cuidado central indica el mantenimiento del confort de la persona en dicha etapa, por lo tanto, está orientando a situaciones de al final de la vida de personas con enfermedades graves, crónicas y a largo plazo.

La Teoría Humanística de Enfermería, destaca el vínculo que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado. Las perspectivas filosóficas y principios básicos de la Teoría Humanística de Enfermería, resultan aplicables a la práctica de enfermería en cuidados paliativos. El vínculo de confianza y apoyo de los profesionales de enfermería con la persona en etapa final de vida es fundamental para el desarrollar la empatía, promover el confort del usuario para la toma de decisiones y fomentar el mantenimiento de la dignidad y la calidad de vida en esta última etapa. (Figueiredo de Sá França, 2016)

2.4. Marco legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador:

En la Constitución de la Republica se menciona lo siguientes artículos:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno

y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado (...)

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente”. (Asamblea Constituyente, 2008)

2.4.2. Plan Nacional del Buen Vivir

De acuerdo al objetivo 3 Plan Nacional del Buen Vivir *se plantea*: “Mejorar la calidad de vida de la población”. En el punto 3.3 se indica: “Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud”.

La calidad de vida se vincula con el Buen vivir de las personas y en satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas, sociales. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades, 2013-1017)

2.4.3. Ley Orgánica de Salud

Como se indica en el Artículo 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”.

Consecuentemente en el Artículo 10 ordena:

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva. (Congreso Nacional, 2006)

En la misma Ley en el Artículo 69 se indica:

La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables. (Congreso Nacional, 2006)

2.4.4. Ley de Derechos y Amparo al Paciente

Por su parte la Ley de Derechos y Amparo del Paciente prescribe en el Artículo 2: “DERECHO A UNA ATENCION DIGNA. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía”.

Y en el Artículo 6 se indica:

“DERECHO A DECIDIR. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión”.

2.5. Marco Ético

2.5.1 Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería

En 1953 se adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras, se reafirmó en varias ocasiones la más reciente en el 2012:

La profesión de enfermería tiene cuatro deberes fundamentales: prevenir la enfermedad, promover la salud, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Además, que la enfermería debe respetar de los derechos humanos, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En el cuidado de enfermería no debe existir restricción en cuanto a consideraciones de cultura, edad, género, color, credo, discapacidad o enfermedad, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

Los profesionales de enfermería prestas su servicio de salud la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios.

El Código deontológico del CIE tiene cuatro elementos para la profesión de enfermería

La enfermera y las personas

La responsabilidad de los profesionales de enfermería será para con los usuarios que necesiten cuidados. La enfermera promoverá un ambiente en el que se respeten derechos humanos, costumbres, valores y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. (Guillén Velasco & Compton García Fuentes, 2016)

La enfermera se garantizará que la persona reciba información suficiente para establecer el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.

Se mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.

La enfermera con la sociedad tiene la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales de los usuarios, en particular las de las poblaciones vulnerables.

La enfermera y la práctica

La enfermera responsable de la práctica de enfermería y debe rendir del sustento de su competencia mediante la formación continua.

El personal de enfermería tendrá en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público. Se debe cerciorar de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la dignidad, seguridad y los derechos de las personas.

La enfermera y la profesión

La enfermera contribuirá en el desarrollo de conocimientos profesionales basados en la investigación con la aplicación de normas aceptables de práctica clínica, investigación, gestión y formación de enfermería. Participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo seguras y económicamente equitativas.

La enfermera y sus compañeros de trabajo.

La enfermera conservará una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores y adoptará medidas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.

La enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión y la enfermera y sus compañeros de trabajo. El cuadro siguiente tiene por objeto ayudar a las enfermeras a poner en práctica dichas normas.

Las enfermeras y estudiantes de enfermería pueden:

Estudiar las normas de cada elemento del Código.

Reflexionar sobre lo que cada norma significa para cada uno. Pensar cómo puede aplicarse la ética en el ámbito de la enfermería propio: en la práctica, en la formación, en la investigación o en la gestión.

Dialogar sobre el Código con los compañeros de trabajo y otras personas.

Utilizar un ejemplo concreto de la experiencia para identificar los dilemas éticos y las normas de conducta estipuladas en el Código. Identificar la manera en que pueden resolverse esos dilemas.

Trabajar en grupos para que la toma de decisiones éticas sea clara, y llegar a consenso sobre las normas de conducta ética.

Colaborar con la asociación nacional de enfermeras del país, compañeros de trabajo y otras personas para aplicar de manera continua las normas éticas en la práctica, la formación, la gestión y la investigación de enfermería. (Consejo internacional de enfermeras, 2012)

2.5.2. Código de Núremberg

El Código de Núremberg es el pionero de la ética médica y destaca en que el consentimiento voluntario del sujeto experimental para que la investigación tenga validez, el consentimiento debe tener la calidad de “informado”, para que un individuo pueda participar con seguridad en una investigación. La investigación debe estar

ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.

(Arroyo, 2017)

2.5.3. El informe Belmont

Se refiere a los preceptos éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación.

Los tres principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación son:

- Respeto a las personas: Se debe proteger la autonomía del individuo con trato de respeto y cortesía, con consentimiento informado.

- Beneficencia: Respeto de las decisiones del individuo, asegurando su bienestar y protegiéndolas de daños.

- Justicia: los individuos deben ser tratados con igualdad, usando procedimientos razonables y no explotadores. (Sociedad Universitaria de Neurociencias, 1978).

CAPÍTULO III

Marco metodológico

3.1 Contexto: Descripción del área geográfica donde se desarrolló el proyecto

La presente investigación se realizó en el Cantón Ibarra, Provincia de Imbabura, perteneciente a la Zona 1.

3.2 Tipo de investigación

Esta investigación se planteó desde un enfoque cualitativo, estudio de corte transversal, descriptivo, en el que se evaluó la calidad de atención en cuidados paliativos desde la perspectiva del paciente del Cantón Ibarra.

3.3 Diseño de la investigación

El diseño seleccionado no experimental, descriptivo, porque permitió describir las variables objeto de estudio, por la temporalización es transversal ya que se describió las variables de estudio en un momento determinado.

3.5 Población

La población sujeta de estudio constituyen 15 usuarios de cuidados paliativos que corresponde a la totalidad de usuarios del Cantón Ibarra, que pertenece a la Coordinación Zonal 1- Salud

3.6 Criterios de inclusión:

- Usuarios de cuidados paliativos con enfermedades oncológicas y no oncológicas.

3.7 Criterios de exclusión:

- Pacientes cuya condición médica no les permitió colaborar con el trabajo de investigación.

3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se realizó la aplicación de la entrevista estructurada con el instrumento QPP-PC (Quality Perspective Patient Palliative Care) que valoró la calidad de atención desde la perspectiva del paciente paliativo. Como menciona Sandsdalen en el 2015 el instrumento QPP-PC (Quality Perspective Patient Palliative Care) fue adaptado en Noruega mediante una revisión científica amplia, añadiendo escalas específicas en cuidados paliativos. (Sandsdalen, 2015)

El instrumento estuvo estructurado de 28 preguntas, incluyo cuatro dimensiones globales las condiciones físico- técnicas, la competencia médica, enfoque orientado a la identidad y ambiente sociocultural. Anexo 01 La entrevista fue aplicada a pacientes en cuidados paliativos y cuidadores, con los datos obtenidos se realizó una base de datos para luego ser analizado con el ATLAS ti.

3.9 Análisis e interpretación de datos

El análisis e interpretación de datos se desarrolló en relación con los objetivos planteados y en concordancia con las categorías y códigos planteados para la investigación. Se utilizó batería de preguntas y matrices de análisis de categorías inductivas y posterior se analizó con la herramienta ATLAS. Ti de la cual se elaboró gráficos y figuras.

A continuación, se presenta las categorías, indicadores y códigos tomados en cuenta para responder a los objetivos planteados:

Objetivo específico	Categoría o concepto central	Definición	Indicadores	Códigos
Determinar la calidad de atención de los cuidados paliativos de acuerdo con las características demográficas y sociales de los pacientes.	Fundamentos teórico-metodológicos sobre construcción sociocultural en base a la atención oportuna a los pacientes.	Los fundamentos teóricos y metodológicos constituyen la base y las orientaciones del pensamiento del paciente y cuidador para actuar desde una perspectiva propia.	Construcción social de la realidad en la que viven los pacientes, sus familias y cuidadores al estar en una estrecha relación con las enfermedades oncológicas y no oncológicas. Verificar los vínculos entre categorías y códigos.	Datos sociodemográficos <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Nacionalidad • Ocupación • Estado Civil • Instrucción Enfermedad que presenta <ul style="list-style-type: none"> • Oncológico • No oncológica
Conocer la percepción de cuidadores y enfermos sobre cuidados paliativos en la población de estudio	Conocimiento de la relación entre construcción sociocultural y las vivencias del de pacientes y	Proporcionar los conocimientos, la metodología, las habilidades y técnica en distintas áreas de desarrollo profesional, del saber.	Conocimiento personal y profesional sobre los cuidados paliativos. Verificar los vínculos entre categorías y códigos.	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Competencia • médica-técnica

	cuidadores en el contexto de los cuidados paliativos.			<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque orientado a la identidad. • Condiciones físico-técnicas. • Comunicación (trato-ser-vicio, empatía, seguridad, información, competencia y cortesía) • Profesionalismo
--	---	--	--	---

3.10 Operacionalización de variables

Variable	Tipo de Variable	Naturaleza de variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicador
Sociodemográficos						
Sexo	Nominal	Cuantitativa	Condición orgánica que distingue hombres de mujeres.	Categoría de sexo	Masculino Femenino	Número de Mujeres Número de Hombres
Edad	Razón	Cuantitativa	Tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Grupos de edad	20-30 30-40 50-60 60-70 Mayor de 70	Número de pacientes de acuerdo al grupo de edad
Estado Civil	Nominal	Cuantitativa	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente, aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo.	Clase o condición a la cual está sujeta la vida de cada una.	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	Número de pacientes de acuerdo a la categoría de estado civil.
Cuidados paliativos	Independiente	Cualitativa	Los cuidados paliativos o la medicina paliativa se entienden como la	Cuidados paliativos y	Actualización de conocimientos:	Evaluación de conocimientos

			asistencia sanitaria que se presta a las personas que padecen una enfermedad progresiva en situación avanzada o termina.	atención integral.	<p>1.-Una vez al año</p> <p>2.- Cada 6 meses</p> <p>3.- De vez en cuando</p> <p>4.- Casi nunca</p>	
					Mejora de la calidad de atención: 1.- Capacitación 2.- Guía de atención	Evaluación de calidad de atención
					Utilización de protocolos: Siempre A veces No	Frecuencia de uso de protocolos de atención
					Problemas más comunes: Dolor Desesperanza Soledad Abandono	Descripción de problemas más comunes
Tipo de enfermedad	Dependiente	Cuantitativa	Las distintas alteraciones del estado fisiológico en una o varias partes del		Enfermedades Oncológicas:	Número de usuarios con enfermedades oncológicas

			cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible (María Noboa Cevallos, Sara Zapata Salcedo, 2016)		Enfermedad Oncológica: Carcinomas. Sarcomas. Linfomas Leucemias Enfermedades No Oncológicas: Demencias Traumatismos craneoencefálicos Insuficiencia Cardíaca, renal, hepática.	Número de usuarios con enfermedades no oncológicas
Proceso de calidad	Dependiente	Cualitativa	Es la habilidad de poseer un sistema para operar de manera fiable y sostenida en el tiempo a un determinado nivel de	Característica: Técnica-Científica.	100% 75% 50% Menor al 50 %	Porcentaje Eficiencia

			desempeño del servicio brindado	Calidad Humana O personal. Entorno Físico.		Conocimiento sobre cuidados paliativos desde el paciente. Comunicación de los profesionales entre sí y con y con los pacientes. Atención en el momento que el paciente lo requiere. Trato cordial, amable y con respeto.
--	--	--	------------------------------------	---	--	---

					<p>Muy en desacuerdo:1 En desacuerdo:2 Indeciso:3 De acuerdo:4 Muy de acuerdo:5</p>	<p>Promuevan la honestidad en sus decisiones.</p> <p>Empatía del personal de atención con el paciente.</p> <p>Exista participación de los pacientes en las decisiones.</p> <p>Respeto a los derechos de los pacientes.</p> <p>Comodidad Ambiente Limpieza y Orden Privacidad.</p> <p>Información disponible y suficiente.</p>
Satisfacción de usuarios en cuidado paliativo	Dependiente	Cualitativa	Es la percepción que el cliente tiene sobre el grado en que se han cumplido sus requerimientos. El concepto de satisfacción del usuario se basa en la diferencia entre las expectativas del usuario y la percepción de los	Servicio esperado	Muy satisfactorio Satisfactorio Poco satisfactorio	Grado de satisfacción Nivel de cumplimiento
					Muy en desacuerdo:1 En desacuerdo:2 Indeciso:3	Cumple con las expectativas del usuario

			servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio (Alexandrina Lobo, Karina Domínguez, Jesús Rodríguez, 2016)		De acuerdo:4 Muy de acuerdo:5	
					Muy en desacuerdo:1 En desacuerdo:2 Indeciso:3 De acuerdo:4 Muy de acuerdo:5	Información proporcionada por el equipo de salud
					Muy buena Buena Regular Mala	Atención ofrecida por enfermería

Cuidado Humanizado	Dependiente	Cualitativa	<p>“Actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica personal de salud – paciente”. (Rosa Guerrero-Ramírez, Mónica Elisa Meneses-La Riva,b, María De La Cruz-Ruiz, 2015)</p>	Cualidades del profesional de salud Apertura a la comunicación personal de salud - paciente.	Nunca A veces Casi Siempre	<p>Percepción de la persona Demuestra amabilidad Le hace sentirse bien Demuestra tranquilidad Genera confianza Orienta de manera adecuada Demuestra respeto por su creencias y valores.</p> <p>Establece contacto visual Dedicar tiempo Facilitar dialogo Explicación de los procedimientos Identificación con su nombre para los procedimientos Brindar orientación en la atención de salud Información oportuna. Atención de calidad y calidez Administración oportuna de los medicamentos</p>
---------------------------	-------------	-------------	--	---	-------------------------------------	--

CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANALISIS

Tabla 1

Edad y tipo de enfermedad de la población en estudio

Rango de edad	Frecuencia enfermedad No oncológica	Frecuencia enfermedad Oncológica	Porcentaje
De 0 a 5 años	1	0	7%
Adulto de 21 a 64 años	3	2	33%
Adulto de más de 65 años	4	5	60%
Total	8	7	100%

Análisis:

Se identificó que el 60% de la población en estudio son mayores de 65 años de edad y de acuerdo al tipo de enfermedad presentan con mayor frecuencia enfermedades oncológicas y no oncológicas. Las Naciones Unidas indican que en América Latina y el Caribe, en el año 2050, el 51% de la población del mundo será de la tercera edad. (Naciones Unidas, 2019)

Según López y Avellana mencionan que actualmente las enfermedades crónicas y terminales se dan en mayor proporción en el caso de los adultos mayores debido a su tendencia a provocar incapacidad y que requieren de cuidados paliativos, respecto a los grupos de edad más jóvenes. Indican además que, en relación a las enfermedades oncológicas, la incidencia del cáncer se incrementa con la edad (es la segunda causa de muerte en mayores de 65 años de edad), además de retrasos en consulta con especialistas

para el diagnóstico en fases precoces, predisponen a los usuarios a recibir cuidados paliativos. Mencionan además que existe prevalencia de enfermedades no oncológicas en adultos mayores que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones. (López Álvarez & Avellana Zaragoza, 2019)

Tabla 2

Datos sociodemográficos

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	10	67 %
Masculino	5	33%
Total	15	100%

Auto identificación étnica	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	14	93%
Afroecuatoriano	1	7%
Total	15	100%

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	5	33%
Educación general básica	6	40%
Bachillerato	3	20%
Superior	1	7%
Total	15	100%

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	15	100%
Total	15	100%

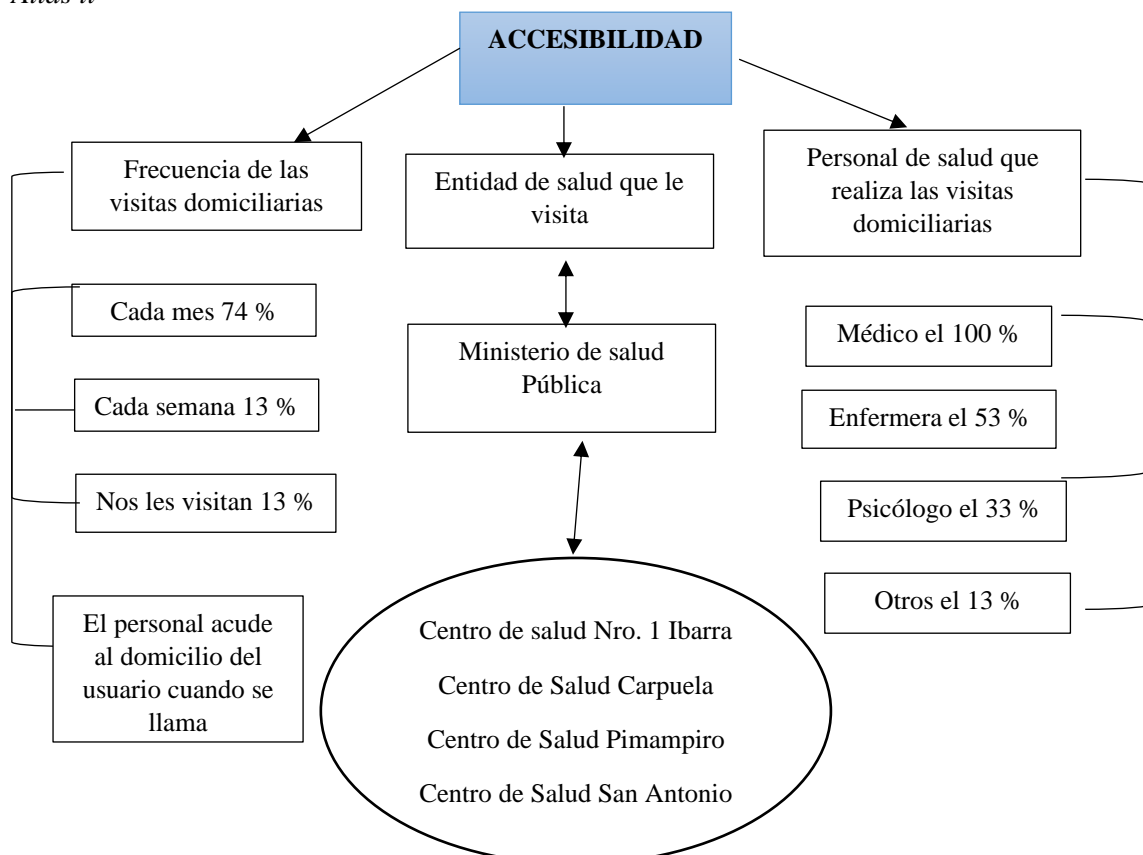
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
---------------------	-------------------	-------------------

Casado	3	20%
Soltero	4	27%
Viudo	3	20%
Divorciado	5	33%
Total	15	100%

Es preciso mencionar que la mayoría de la población en estudio son mujeres con el 67 %, además el 93% es mestizo, con relación a nivel educativo el 40% tienen estudios primarios, predomina con el 33% el estado civil divorciado y al momento ningún usuario tiene actividad económica. La investigación de Noboa y Zapata en el 2016 estudia a 45 pacientes en cuidado paliativo del Hospital San Camilo, de estos pacientes predominan las pacientes de género femenino con un 70.2 %. (Noboa Cevallos & Zapata Salcedo, 2016)

Figura 1

Red de interacciones para el instrumento de evaluación accesibilidad, efectuado en el software Atlas ti

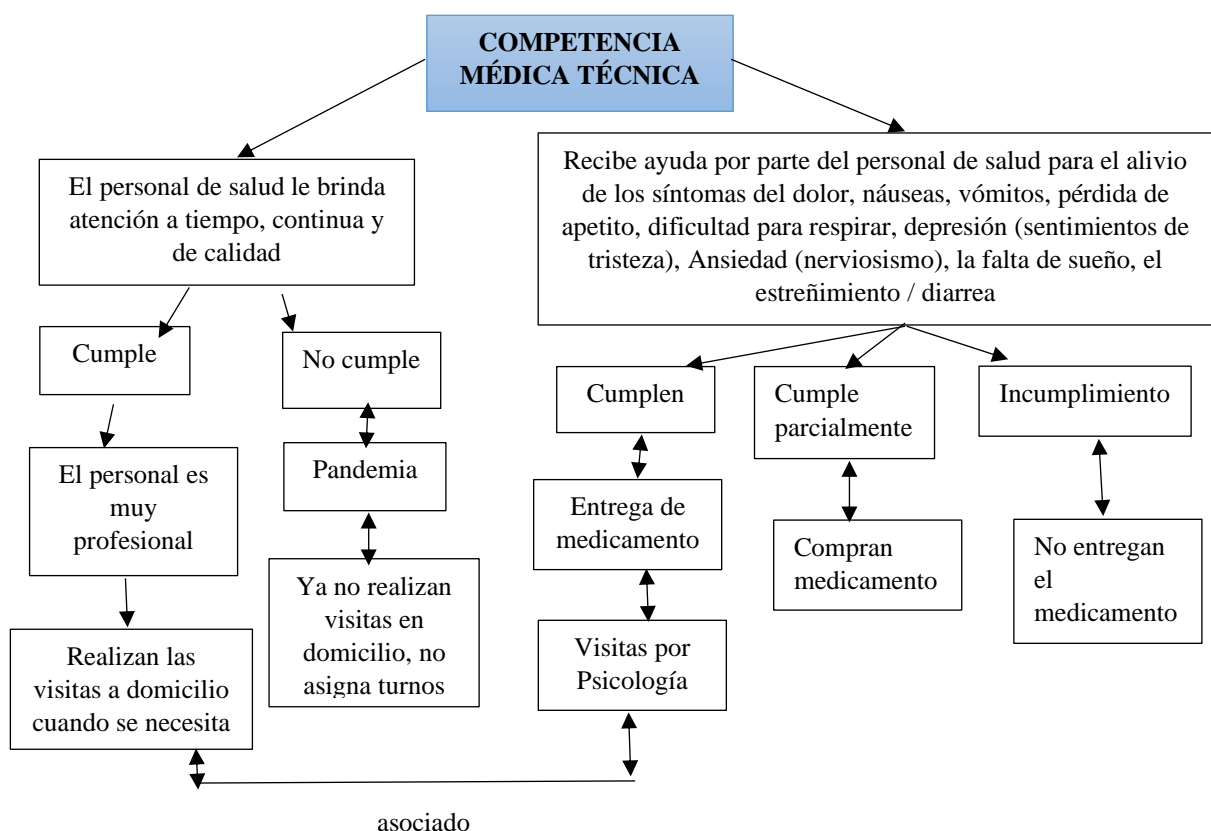


En la Figura 1 se aprecia la relación que existe entre las respuestas obtenidas en las entrevistas, para la determinante accesibilidad. La red de interacción resalta que el personal que realiza las visita a domicilio en su mayoría son médicos con un registro del 100 %, junto a enfermeras con el 53 %, pertenecientes a los centros de salud de las diferentes localidades del Ministerio de Salud Pública, la mayoría de los entrevistados mencionan que las visitas lo realizan una vez al mes. Consecuentemente en el Artículo 10 de la Ley Orgánica de Salud ordena que:

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley. (El Congreso Nacional, 2015)

Figura 2

Red de interacciones para el instrumento de evaluación la competencia médico técnica, efectuado en el software Atlas ti



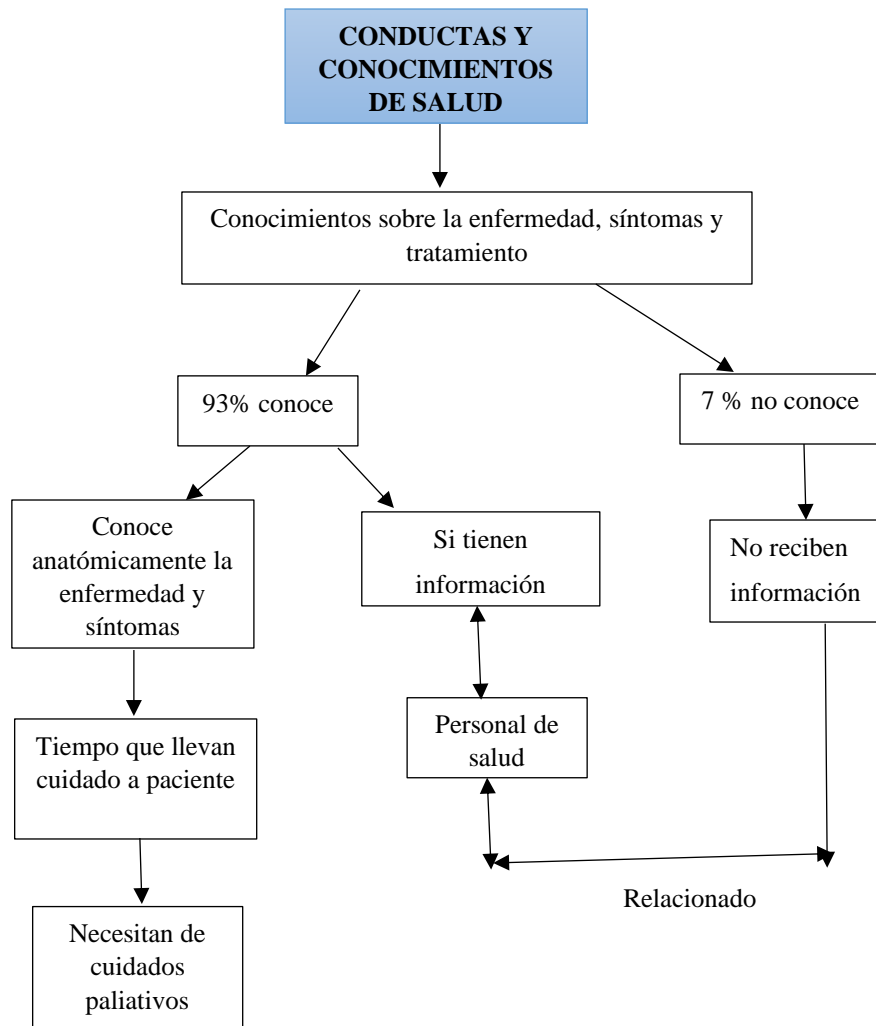
La mayoría de los entrevistados consideran que la atención brindada por el personal de salud es excelente y de calidad, relacionada a que son muy profesionales y realizan las visitas domiciliarias para brindar atención, informan que mantienen comunicación efectiva y continua con los profesionales y manifiestan el agradecimiento con todos y cada uno de los miembros del equipo, además indican que reciben ayuda por parte del personal de salud para el alivio de los síntomas del dolor, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, con la entrega de medicamentos y reciben visitas por parte del personal de psicología para los problemas de depresión y ansiedad.

Un porcentaje de los entrevistados se mostraron en desacuerdo señalando que la atención no se cumple ya que existen necesidades que no son satisfechas por la falta de insumos, medicamentos que la mayoría de tiempo tienen que comprar y además de la falta la asignación de turnos con el segundo y tercer nivel de atención, concluyen que a partir de la pandemia los equipos ya no realizan las visitas domiciliarias con la misma frecuencia.

Del Carmen señala que *“la necesidad de incorporar el enfoque de calidad, como eje orientador para la mejora de los sistemas de salud, así como la adopción de medidas que lleguen a alcanzar a todo el sistema, implica el desarrollo de acciones fundamentales como liderazgo de la gestión, personal idóneo, participación ciudadana”*. (Del Carmen Sara, 2019)

Figura 3

Red de interacciones para el instrumento de evaluación conocimientos y conductas de salud, efectuado en el software Atlas ti



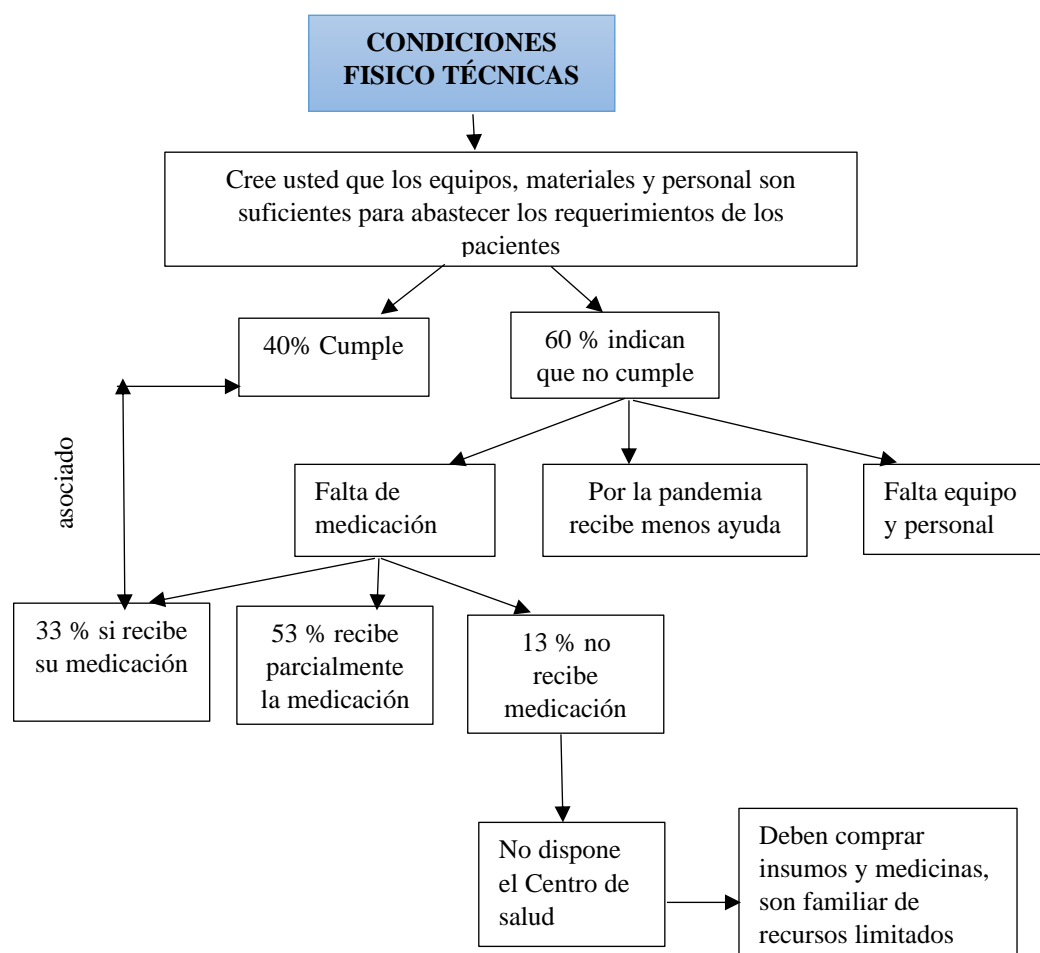
Los resultados obtenidos muestran que los entrevistados conocen el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad de los usuarios y que necesitan de cuidados paliativos, indican además que el tiempo prolongado del cuidados ha obligado a los familiares a informarse o auto educarse en administración de medicamentos, cambios de posición, suministro de alimentos, observando que el rol de la familia es importante en los cuidados del paciente en etapa terminal ya que brindan atención permanente y continua.

Una parte de los entrevistados indican no conocer de la enfermedad ya que poseen menos información en relación a los pacientes en cuidado paliativos indicando que la información brindada por el personal de salud no es clara y comprensible.

Sierra y Otros señalan que el cuidador se acoge a la responsabilidad de todo lo relacionado al cuidado de su familiar, generándose un mayor grado de incertidumbre cuando implica asuntos como medicamentos, opciones de alimentos y traslado, por lo tanto, los cuidadores dan una importancia central a las instrucciones dadas por los profesionales de la salud, pero a la vez pueden buscar información en otras fuentes como libros, materiales de la web, para asumir y brindar un buen cuidado. (Sierra Leguía, Montoya Juárez, García Caro, López Morales, & Montalvo Prieto, 2019)

Figura 4

Red de interacciones para el instrumento de evaluación condiciones físico técnicas, efectuado en el software Atlas ti

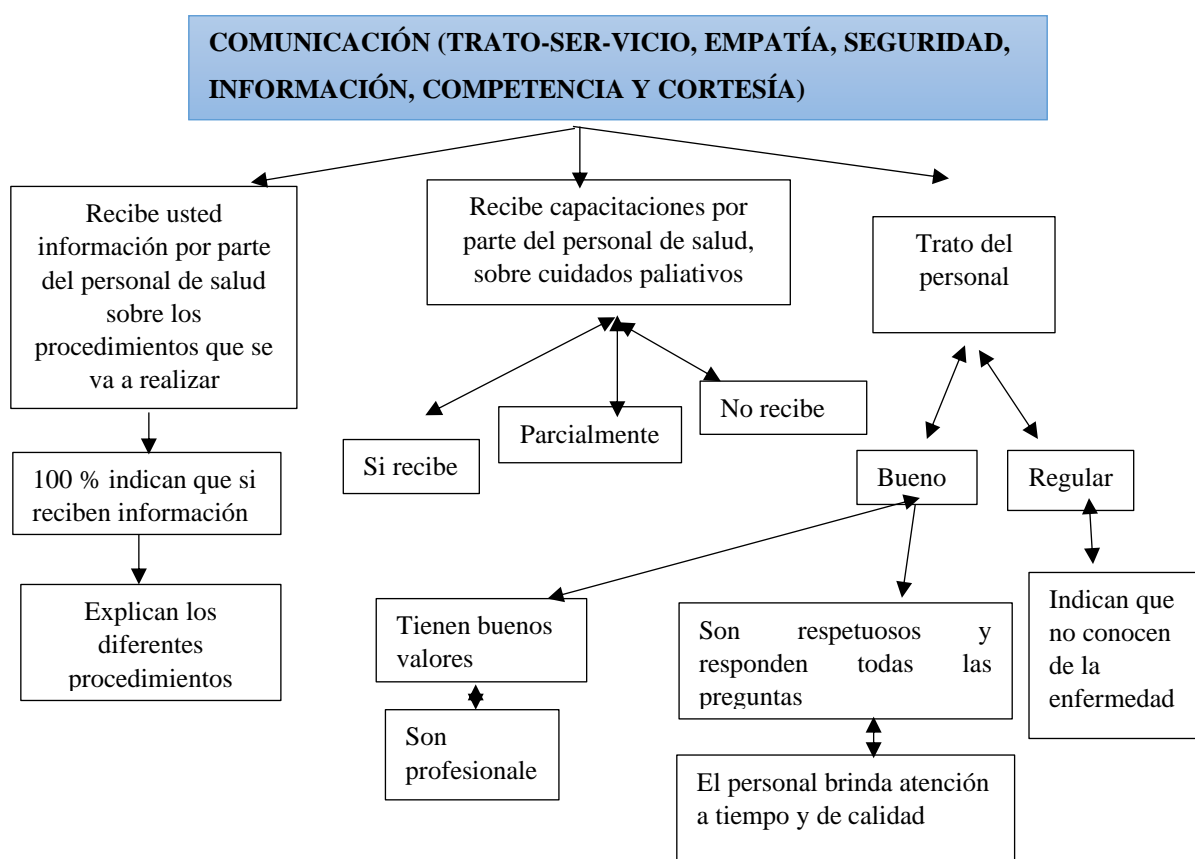


Según los datos obtenidos la mayoría de los entrevistados indican que los centros de salud no disponen de todos los insumos, medicamentos y equipos necesarios y los usuarios deben comprar manifestando su insatisfacción ya que son familias de escasos recursos, muestran que existe insuficiente personal médico para realizar el seguimiento de los pacientes y con la pandemia del Covid- 19 los procesos han perdido continuidad.

Según la Organización Mundial de la Salud, afirma que la disponibilidad, accesibilidad y recursos para cuidados paliativos son limitados, que más del 50 % de pacientes no pueden cubrir los servicios o la medicación. Indican además que debe existir una política sobre medicamentos que asegure la disponibilidad de medicamentos esenciales para manejar síntomas, en especial los analgésicos opiáceos para el alivio del dolor y del distrés respiratorio. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Figura 5

Red de interacciones para el instrumento de evaluación conocimientos y conductas de salud, efectuado en el software Atlas ti



La mayor parte de los encuestados muestran que el personal de salud brinda información requerida antes de realizar algún procedimiento y se resuelven y aclaran dudas sobre el estado de salud del paciente. Es importante reiterar que la comunicación con el paciente y familiares antes de realizar un procedimiento es la clave para brindar un servicio de calidad ya que ayudan a brindar confianza.

Además, indican que han recibido capacitaciones por parte del personal de salud y los familiares se sienten participes del cuidado. Las capacitaciones con la participación de la familia son una parte importante en el desarrollo de la enfermedad ya que contribuye en la calidad de vida de la persona enferma y familia.

Finalmente, los entrevistados opinan que el personal de salud son profesionales, atentos, amables, tienen buenos valores, son respetuosos y responden con honestidad a sus preguntas, también relacionan al buen trato con la atención a tiempo y de calidad. Una minoría indica que el trato es regular ya que el personal de salud no conoce de la enfermedad y que sus conocimientos son insuficientes para brindar una atención de calidad.

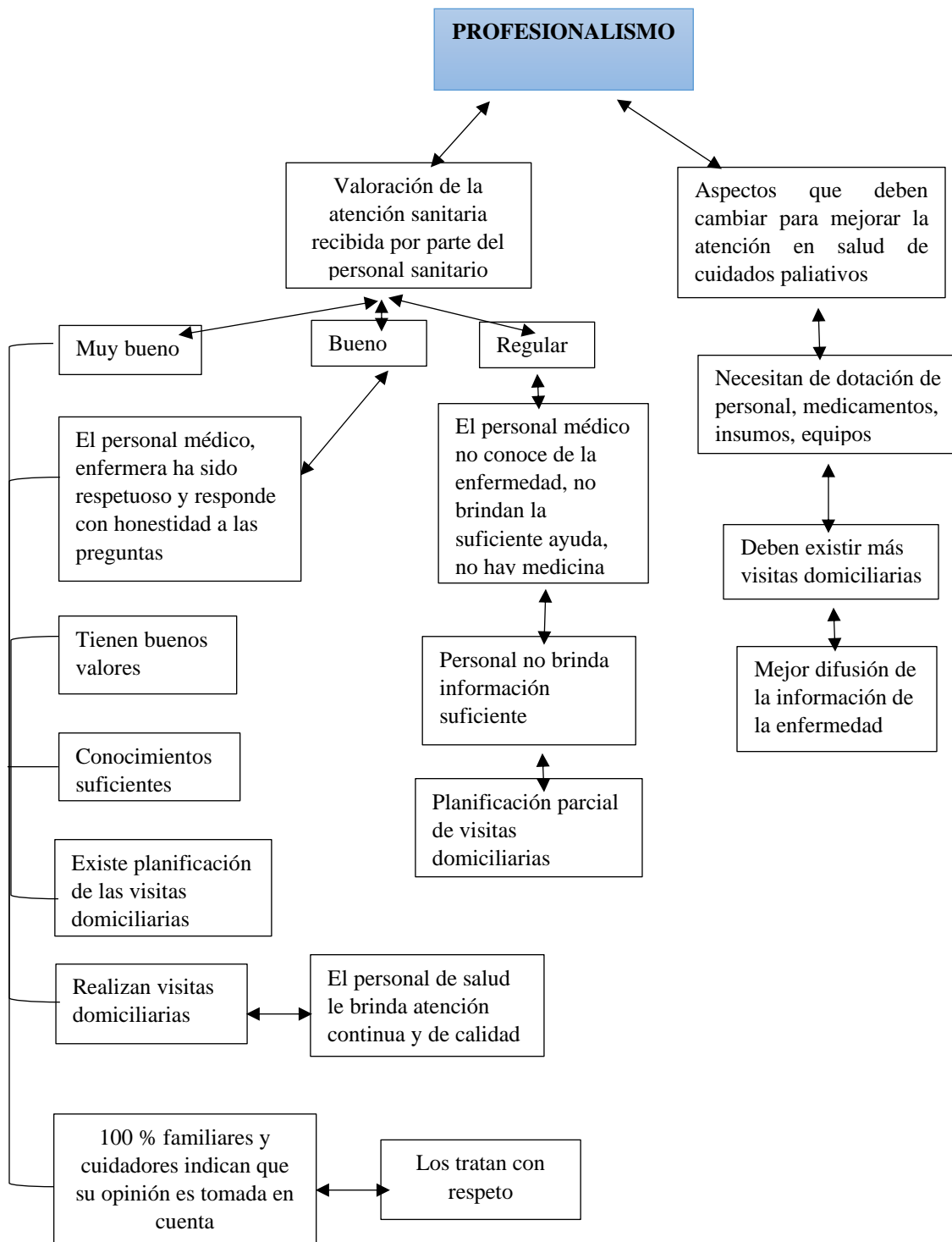
Virdun y Otros manifiestan que la comunicación efectiva, compartir el cuidado y la toma de decisiones hacia los pacientes constituye un aspecto de vital importancia en el desarrollo y la implementación los Cuidados Paliativos. (Phillips , Virdun , Bhattarai , & Fraser , 2018)

Según la Ley Orgánica de la Salud en el Artículo 7 manifiesta:

Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. (Congreso Nacional, 2006)

Figura 6

Red de interacciones para el instrumento de evaluación conocimientos y conductas de salud, efectuado en el software Atlas ti



De acuerdo a la percepción de los usuarios y cuidadores se puede evidenciar que la atención brindada por los profesionales de salud es satisfactoria relacionado con una atención continua y de calidad, visitas domiciliarias planificadas, los profesionales tienen valores, son respetuosos y responden con honestidad a sus preguntas, además la opinión de familiares y cuidadores es tomada en cuenta.

Una parte de los entrevistados estuvieron en desacuerdo con respecto al servicio brindado ya que indican que varios profesionales de la salud no tienen suficientes conocimientos sobre la enfermedad, no brindan información suficiente y clara y por la Pandemia del Covid- 19 existe una planificación parcial de las visitas en domicilio.

Los entrevistados opinan que los cambios para mejorar la atención paliativa deben estar encaminada a la dotación de insumos, medicamentos y profesionales capacitados en cuidados paliativos, que debe existir más visitas domiciliarias y realizar el seguimiento continuo de los pacientes.

Según la Organización Mundial de la Salud, menciona “*que la falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados*”. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

CÁPITULO V

5.1.Conclusiones

- Se concluye que más de la mitad de la población en estudio son mayores 65 años de edad y de acuerdo al tipo de enfermedad registran con mayor frecuencia enfermedades oncológicas y no oncológicas, además se determina que la mayoría son de sexo femenino.
- A través de la percepción de los usuarios y cuidadores se puede evidenciar que la atención brindada por los profesionales de salud es satisfactoria relacionado con una atención continua y de calidad, visitas domiciliarias planificadas, trato humano. Además, se identificó que el personal que realiza las visita a domicilio en su mayoría son médicos junto a enfermeras, pertenecientes a los centros de salud de las diferentes localidades del Ministerio de Salud Pública, la mayoría de los entrevistados mencionan que las visitas lo realizan una vez al mes.
- La propuesta del Plan de Atención de Enfermería para el paciente en cuidado paliativo fue diseño con el manejo de taxonomía NANDA NIC-NOC, es un aporte significativo en la aplicación de cuidados paliativos de manera especial para el personal de enfermería, en relación a la situación actual del paciente.

5.2.Recomendaciones

- Promover la capacitación continua de los profesionales de la salud y de los cuidadores en relación a los cuidados paliativos.
- Es importante seguir trabajando con el personal de enfermería en acciones de mejora que involucren la investigación, cumplimiento y liderazgo para brindar servicios con calidad humana que permitan satisfacer las necesidades del paciente en cuidado paliativo.

- Se recomienda a todas las entidades de salud seguir trabajando de forma integral con los pacientes y cuidadores para llegar a mejorar el cuidado por medio de una atención más humana, en especial con la asignación de recursos económicos para el abastecimiento de insumos, medicamentos y equipos biomédicos necesarios.
- El cumplimiento por parte del personal de salud del Modelo para la atención integral domiciliaria de pacientes con necesidad de cuidados paliativos establecido por el Ministerio de Salud Pública en el año 2020.

CÁPITULO IV

6. Propuesta

Título: Plan de atención de Enfermería de cuidados paliativos

Resumen: El Plan de atención de Enfermería se realiza con el fin de que se tomen en cuenta los cuidados de enfermería propuestos, por parte de los profesionales de enfermería del Centro de Salud Nro. 1 Ibarra que realizan el seguimiento de los usuarios, enmarcado en la normativa Legal vigente como se menciona en el Modelo para la atención integral domiciliaria de pacientes con necesidad de cuidados permanente (cuidados paliativos y/o a largo plazo), su aplicación con el fin de brindar una atención de calidad a los usuarios de cuidado paliativo.

Destinatarios: Pacientes en cuidado paliativo, los profesionales de enfermería del Centro de Salud Nro. 1 Ibarra.

6.1.1. Introducción

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método organizado y sistemático, el cual estructura la práctica del cuidado, que permite la resolución de problemas y toma de decisiones, el cual responde de forma distinta ante una necesidad real o potencial de salud, está conformada por 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación. (Jara & Lizano, 2016)

Determinar con mayor precisión los principales problemas que presentan las personas en cuidados paliativos tales como déficit de autocuidado, riesgo de alteración de la integridad cutánea, movilidad física afectada, riesgo de infección, nutrición desequilibrada, dolor, fatiga, mucosa oral alterada, permiten al profesional de Enfermería

la organización, planificación y la disposición de prioridades en el cuidado. (Figueredo Borda, Ramírez Pereira, Nurczyk, & Diaz-Videla, 2019)

El papel de los profesionales de Enfermería en los cuidados paliativos es la aplicación del método científico en la práctica asistencial creando un plan de cuidados que faciliten la realización de una serie de intervenciones para prevenir y tratar los síntomas y los efectos secundarios de la enfermedad, y satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. (Ponti, y otros, 2019)

6.1.2. Objetivos

6.1.2.1.Objetivo General

Realizar planes de cuidados de enfermería de promoción, prevención, curación y rehabilitación en el paciente de cuidado paliativo de acuerdo a los problemas más comunes presentados.

6.1.2.2.Objetivos Específicos

Identificar y clasificar los resultados del paciente para el cuidado paliativo para elaborar intervenciones de enfermería según sus necesidades.

Garantizar los cuidados de enfermería en pacientes en cuidado paliativo.

Promover la integración de conocimientos teóricos y científicos en el accionar de la práctica de enfermería.

6.1.3. Plan de cuidados de Enfermería

Un plan de cuidados de Enfermería es el resultado de un trabajo fundamentado científicamente, es el instrumento que permite, facilita y optimiza la labor asistencial

del profesional de enfermería, aporta en la comunicación con los pacientes y entre los profesionales, además favorece la continuidad de cuidados, fomenta la formación y facilita la aplicación del Proceso Enfermero en su registro.

Un Plan de cuidados, es aquel en el que definen las respuestas de una persona frente a una situación específica, asignando la responsabilidad y la actuación del personal de enfermería. Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad, se centran en lo común (grupo de pacientes con respuestas iguales en situaciones semejantes), su finalidad es la aplicación individualizada de acuerdo a las necesidades del usuario.

Por lo tanto, es un instrumento que permite mejorar la atención al usuario, ofreciendo una actuación acorde y de calidad a las personas. (Jara & Lizano, 2016)

Valoraciones Integrales de Enfermería

Para la valoración integral de Enfermería se toma el Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, para elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas para conseguir un cuidado individualizado para la persona. (Piosa, 2015)

Este modelo toma en cuenta los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Por lo tanto, desde la perspectiva de enfermería los cuidados paliativos incluyen:

- Parámetros vitales
- Apoyo psicológico y comunicación con el paciente y la familia
- Cuidados con la higiene
- Cuidados de la piel

- Alimentación
- Alivio de dolor
- Eliminación
- Confort y seguridad (Dellarossa, 2016)

Valoración Estructurada por Necesidades Básicas de Virginia Henderson (Alba Rosales, y otros, 2015)

Necesidades Básicas	Datos más relevantes que debe valorarse
Necesidad 01. Respiración	-Dificultad para respirar. Tos inefectiva Edema -Deterioro de la circulación de Miembros inferiores. -Depresión de reflejos de náuseas y tos. -Frecuencia respiratoria. -Frecuencia cardiaca. -Tensión arterial. -Ruidos respiratorios - Secreciones
Necesidad 02. Alimentación/hidratación	- Problemas en la alimentación/Nutrición. -Necesidad de ayuda para alimentarse. -Problemas de dentición. -Problemas de mucosa oral. -Total de consumo de líquidos diarios -Apetito. -Náuseas. -Vómitos. -Peso. -Talla. -IMC.

Necesidad 03. Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> -Incapacidad de realizar por sí mismo las actividades del uso del servicio sanitario. - Frecuencia y número y frecuencia de deposiciones. -Incontinencia fecal. -Cambios en hábitos intestinales. -Ayuda para la defecación. -Dolor al defecar. -Gases. -Sondas urinarias. -Pérdidas de líquidos.
Necesidad 04. Movilización	<ul style="list-style-type: none"> -Deambulación -Nivel funcional para la actividad/movilidad. -Pérdida de fuerza. -Inestabilidad en la marcha. -Falta o reducción de energía para tolerar la actividad. -Limitación de amplitud de movimientos articulares -Dificultades o limitaciones para moverse y mantener posturas adecuadas: brazos/piernas/manos/columna
Necesidad 05. Reposo/sueño	<ul style="list-style-type: none"> -Cambios en el patrón del sueño. -Horas de sueño al día: nocturno, día. -Ayuda para dormir. -Estímulos ambientales nocivos
Necesidad 06. Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> -Requiere ayuda para ponerse/quitar ropa-calzado. -Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones.
Necesidad 07. Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> -Fluctuaciones de temperatura. -Sensibilidad al frío: aumentada/disminuida.

	-Sensibilidad al calor: aumentada/disminuida
Necesidad 08. Higiene/piel	-Estado de piel y mucosas. Escaras -Valoración de pies. -Higiene general.
Necesidad 09. Seguridad	-Presencia de alergias. -Nivel de conciencia. -Nivel de orientación. -Dolor. -Caídas -No sigue el plan terapéutico. -Sospecha de maltrato. -El hogar no presenta condiciones de habitabilidad -El hogar no presenta condiciones de seguridad.
Necesidad 10. Comunicación	-Dificultad en la comunicación. -Comunicarse con los demás. -Su cuidador no proporciona apoyo, ayuda, consuelo y estímulo suficiente y efectivo. -Tiene alguna persona a su cargo. -Tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas del cuidador. -Problemas familiares.
Necesidad 11. Religión/creencias	-Es religioso. -Incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales. -Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales. -No se adapta usted a esos cambios. -No acepta su estado de salud. -Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico. -Autoapreciación negativa.

	-Temor expreso. -Problemas emocionales.
Necesidad 12. Trabajar/realizarse	-Tiene dificultad para realizar sus pasatiempos habituales.
Necesidad 13. Actividades lúdicas	-Situación laboral. -Sensación habitual de estrés.
Necesidad 14. Aprender	-Nivel de escolarización. -Presenta dificultad para el aprendizaje. -Pérdidas de memoria. -Tiene falta de información sobre su salud. -Desea más información

Se elabora el Plan de Cuidados de Enfermería, de acuerdo a la revisión de los problemas más comunes que se presentan en el paciente de cuidado paliativo y se toma en cuenta los diagnósticos en la promoción, prevención, curación.

Se realiza una revisión bibliográfica y se elabora los diagnósticos enfermeros mediante el manejo de las siguientes taxonomías:

- NANDA (Diagnósticos Enfermeros), undécima edición. (Hearther & Kamitsuro, 2014)
- NOC (Resultados de Enfermería), quinta edición. (Moorhead, Marrion, Meridean, & Swanson, 2014)
- NIC (Intervenciones de Enfermería), sexta edición. (Bulechek, Butche, Dochterman, & Wagner, 2014)

Además, se realiza la presentación de la propuesta del Plan de Atención de Enfermería en el Centro de Salud Nro. 1 Ibarra para la revisión del mismo y pueda ser tomado en cuenta en el cuidado del paciente paliativo (Anexo 2).

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE PROMOCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

CONOCIMIENTOS, AFRONTAMIENTO			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) (Hearther & Kamitsuro, 2014)	RESULTADOS (NOC) (Moorhead, Marrion, Meridean, & Swanson, 2014)	INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC) (Bulechek, Butche, Dochterman, & Wagner, 2014)
00161 Disposición para mejorar los conocimientos M/P Los cuidadores expresan deseo de mejorar el aprendizaje	1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad	180302 características de la enfermedad 1	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
		180305 Efectos fisiológicos de la enfermedad 1	5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria
	1847 conocimiento: manejo de la enfermedad crónica	180306 Signos y síntomas de la enfermedad 1	1570 Manejo del vómito 1450 Manejo de las náuseas
		180307 Curso habitual de la enfermedad 1	7040 Apoyo al cuidador principal
		180309 Complicaciones potenciales de la enfermedad 1	7400 Orientación en el sistema sanitario
		184709 Estrategias para manejar el dolor	2300 Administración de medicación 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
		84730 Acciones que se deben emprender en una emergencia.	7140 Apoyo a la familia
00158 Disposición para mejorar el afrontamiento	2210-Resistencia del papel del cuidador	221002 Dominio de las actividades de cuidados directos	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
		221012 Apoyo del profesional sanitario al cuidador	5510 Educación para la salud

M/P Los cuidadores expresan deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a los problemas	1606-Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria	160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	5250 Apoyo en la toma de decisiones
		160603 Busca información contrastada	5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria
00183 Disposición para mejorar el confort M/P Los cuidadores expresan deseo de mejorar el confort	2008-Estado de comodidad	200801 Bienestar físico	0840 Cambio de posición
		201001 Control de síntomas.	5260 Cuidados en la agonía
	2010 Estado de comodidad: física 2011 Estado de comodidad: psicoespiritual	201110 Satisfacción espiritual	5420 Apoyo espiritual
		201101 Bienestar psicológico	5440 Aumentar los sistemas de apoyo
00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual M/P Los cuidadores expresan deseo de mejorar la aceptación	1300-Aceptación: estado de salud	201110 Satisfacción espiritual	5420 Apoyo espiritual
		201101 Bienestar psicológico	5440 Aumentar los sistemas de apoyo
	2011-Estado de comodidad: psicoespiritual	201102 Fe	5426 Facilitar el crecimiento espiritual

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE PREVENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

PATOLOGÍA: RIESGO DE LESIÓN			UNIDAD
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) (Hearther & Kamitsuro, 2014)	RESULTADOS (NOC) (Moorhead, Marrion, Meridean, & Swanson, 2014)	INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC) (Bulechek, Butche, Dochterman, & Wagner, 2014)
00047 Riesgo de deterioro de la integridad Cutánea R/C Presión sobre prominencia ósea	0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	020401 Úlceras por presión.	3520 Cuidados de las úlceras por presión
		020421 Capacidad vital.	3500 Manejo de presiones
		110113 Integridad de la piel.	3590 Vigilancia de la piel
00004 Riesgo de infección R/C Conocimiento insuficiente para evitar la exposición a patógenos	1908 Detección del riesgo 1924 Control de riesgo: proceso infeccioso 1842 Conocimiento: control de la infección	190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo	6540 Control de las infecciones
		190812 Obtiene información actualizada sobre cambios en recomendaciones sanitarias	5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria
		192401 Reconoce los factores de riesgo personales de la infección	6610 Identificación de riesgos
		192413 Desarrolla estrategias efectivas de control de la infección.	2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso 1876 Cuidados del catéter urinario
		184204 Signos y síntomas de la	6550 Protección contra las infecciones

		infección.	
		184207 Importancia de la higiene de las manos.	5510 Educación para la salud
PATOLOGÍA: RIESGO DE MOVILIDAD			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
00155 Riesgo de caídas R/C Deterioro de la movilidad	1804 Conocimiento: conservación de la energía 1912 Caídas 1828 Conocimiento: prevención de caídas	180421 Uso correcto de los dispositivos de ayuda.	1806 Ayuda con el autocuidado: transferencia
		191204 Caídas de la cama.	6486 Manejo ambiental: seguridad
		182809 Uso de procedimientos seguros de traslado	6490 Prevención de caídas
00088 Deterioro de la ambulación R/C Pérdida de la condición física	1308 Adaptación a la discapacidad física	130806 Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad.	0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular
		130812 Acepta la necesidad de asistencia física.	0740 Cuidados del paciente encamado
		130823 Obtiene ayuda de un profesional sanitario	0840 Cambio de posición
5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria			
PRINCIPIOS VITALES			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
			UNIDAD: -----

00067 Riesgo de sufrimiento espiritual R/C Exposición a la muerte	2007 Muerte confortable	200722 Bienestar psicológico.	5440 Aumentar los sistemas de apoyo
	2001 Salud espiritual	200727 Expresión de preparación para una muerte inminente.	5260 Cuidados en la agonía
		200112 Interacción con líderes espirituales.	5420 Apoyo espiritual
00198 Trastorno del patrón del sueño R/C Dificultad para mantener el estado del sueño	1608 Control de síntomas	160807 Utiliza medidas de alivio del síntoma	1400 Manejo del dolor
	2009 Estado de comodidad: entorno	200902 Temperatura ambiental.	3900 Regulación de la temperatura
		200903 Entorno favorable para el sueño.	1850 Mejorar el sueño
		200916 Control del ruido.	5820 Disminución de la ansiedad 6482 Manejo ambiental: confort
00174 Riesgo de compromiso de la dignidad Humana R/C Tratamiento deshumanizador	1300 Aceptación: estado de salud	130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.	5260 Cuidados en la agonía
	1608 Control de síntomas	130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud.	5250 Apoyo en la toma de decisiones
	1307 Muerte digna	160811 Refiere control de los síntomas	1800 Ayuda al autocuidado
		130703 Participa en las decisiones relacionadas con los cuidados.	5440 Aumentar los sistemas de apoyo
		130710 Resuelve aspectos importantes	5420 Apoyo espiritual
00153 Riesgo de baja autoestima situacional R/C Deterioro funcional	1200 Imagen corporal	120009 Adaptación a cambios en el estado de salud.	5230 Mejorar el afrontamiento
	3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico	300901 Información proporcionada sobre el curso de la enfermedad.	5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria

00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador R/C Responsabilidades de cuidados durante las 24 horas	1862 Conocimiento: manejo del estrés	186202 Factores que aumentan el estrés.	5820 Disminución de la ansiedad
		186217 Importancia de mantener un sueño adecuado.	5880 Técnica de relajación
	2508 Bienestar del cuidador principal	186215 Técnicas efectivas de disminución del estrés	4920 Escucha activa
		250801 Satisfacción con la salud física	7040 Apoyo al cuidador principal
	2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	250802 Satisfacción con la salud emocional.	5270 Apoyo emocional 5420 Apoyo espiritual
		220205 Conocimiento del proceso de la enfermedad.	5250 Apoyo en la toma de decisiones
		220204 Participación en las decisiones de atención domiciliaria	5440 Aumentar los sistemas de apoyo
		220206 Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado	7140 Apoyo a la familia
00172 Riesgo de duelo complicado R/C Alteración emocional	1902 Control del riesgo	190201 Reconoce los factores de riesgo personales.	7170 Facilitar la presencia de la familia
		190213 Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades.	7040 Apoyo al cuidador principal
	2506 Salud emocional del cuidador principal	250608 Frustración.	5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa, frustración
		2210 Resistencia del papel de cuidador	221012 Apoyo del profesional sanitario al cuidador.
ACTIVADA: SEGURIDAD PROTECCIÓN			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)

(NANDA)			
00039 Riesgo de aspiración R/C Disminución del nivel de consciencia	1918 Prevención de la aspiración	191801 Identifica factores de riesgo. 191804 Selecciona comidas según su capacidad deglutoria	3200 Precauciones para evitar la aspiración 1860 Terapia deglución

**PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA DE CURACIÓN EN
CUIDADOS PALIATIVOS**

PATOLOGÍA, NECESIDAD/RESPUESTA:		GRUPO ETARIO: LACTANTE	UNIDAD:
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) (Hearther & Kamitsuro, 2014)	RESULTADOS (NOC) (Moorhead, Marrion, Meridean, & Swanson, 2014)	INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC) (Bulechek, Butche, Dochterman, & Wagner, 2014)
0013 Diarrea R/C Régimen terapéutico M/P Pérdida de heces líquidas > 3 en 24 horas	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 0602- Hidratación	110104 Hidratación.	2000 Manejo de electrolitos
		110113 Integridad de la piel.	3590 Vigilancia de la piel
		060223 Pérdida de peso	2080 Manejo de líquidos/electrolitos
		060226 Diarrea	5614 Enseñanza: dieta prescrita
		060205 Sed	5510 Educación para la salud
		060217 Perfusión tisular	0460 Manejo de la diarrea
00061 Cansancio del rol de cuidador R/C Aumento en las necesidades de	2208 Factores estresantes del cuidador familiar	220801 Factores estresantes referidos por el cuidador	5820 Disminución de la ansiedad

cuidados M/P Preocupación por las rutinas del cuidado, Fatiga	2508 Bienestar del cuidador principal	220818 Ausencia de apoyo del profesional sanitario	7040 Apoyo al cuidador principal
		250801 Satisfacción con la salud física.	7040 Apoyo al cuidador principal
		250802 Satisfacción con la salud emocional.	5270 Apoyo emocional 5420 Apoyo espiritual
	2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	220205 Conocimiento del proceso de la enfermedad.	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
		220204 Participación en las decisiones de atención domiciliaria..	5250 Apoyo en la toma de decisiones
		220206 Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado.	5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria
00011 Estreñimiento R/C Disminución de la motilidad gastrointestinal M/P Disminución en la frecuencia deposicional Ruidos intestinales hiperactivos Incapacidad para defecar	1015 - FUNCION GASTROINTESTINAL	101525 Tiempo de vaciado gástrico	5616 Enseñanza medicamentos prescritos.
	0501 Eliminación intestinal	101508 Ruidos abdominales	5270 Apoyo emocional
		101514 Distensión abdominal	5614 Enseñanza: dieta prescrita
	0208 Movilidad	101530 Reflujo gástrico	5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
		101536 Estreñimiento	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
		101501 Tolerancia alimentos/alimentación	5610 Enseñanza: pre quirúrgica
		050104 Cantidad de heces en relación con la dieta.	0450 Manejo del estreñimiento/impactación
		Ambulación.	0740 Cuidados del paciente encamado

Bibliografía

- Chávez Cruz, A. A., & Molina Regalado, J. L. (2015). *EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD MEDIANTE EL MODELO DE AVEDIS DONABEDIAN*. San Salvador: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
- Figueiredo de Sá França, R. (2016). Importance of Palliative Care in Pediatric Oncology. *International Archives of Medicine*, 9: 1-10.
- Figueredo Borda, N., Ramírez Pereira, M., Nurczyk, S., & Diaz-Videla, V. (Diciembre de 2019). MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA: SUSTENTO PARA. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8, n° 2 -, 33-43.
- A.B. Piedrafita Susín, E. Yoldi Arzoz, M. Sánchez Fernández, E. Zuazua Ros, Mónica Vázquez Calatayud. (2015). Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 153-165. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.06.001>
- Alba Rosales, M. A., Bellido Vallejo, J. C., Casanova, V. C., Ibáñez Muñoz, J., López Márquez, A., & Millán Cobo, M. D. (2015). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Alexandrina Lobo, Karina Domínguez, Jesús Rodríguez. (2016). Satisfacción de los usuarios de los centros de salud de la ciudad de Ourense. *Ridec*, 9(1), 21-5.
- Alves, Railda Sabino Fernandes, Cunha, Elizabeth Cristina Nascimento, Santos, Gabriella César, & Melo, Myriam Oliveira. (Julio de 2019). Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>
- Amado, J., & Oscanoa, T. (2020). Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte Médico (Lima)*, 1279. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n3.11>
- Arroyo Gordo. (2001). Calidad y Humanización de los Cuidados. *Metas de Enfermería. Scielo*, 26-31.
- Arroyo, F. (09 de Junio de 2017). El código de Nuremberg: Un hito en la ética de la investigación médica. *Rev Fac Cien Med*, 24(1):33-7. Obtenido de https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/873
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución Nacional del Ecuador. Monte Cristi., Ecuador .
- Bernard, C. (2016). Cuidados paliativos.Sus orígenes y su llegada a México. *Rev Hosp Ju*, 64-65.

- Bulechek, G. M., Butche, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (Sexta Edición ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- C.A. Ignorosa-Navaa, G.-J. (2014). *Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso*. México.
- Cameron, D. & Johnston, B. (2015). Development of a questionnaire to measure the key attributes of the community palliative care, specialist nurse role. *International Journal of Palliative Nursing*, 87-95.
- Celina Castañeda de la Lanza, Gabriel J.O'Shea Cuevas, Javier Lozano Herrera, Guillermina Castañeda Peña, Celina Castañeda Martínez. (2015). Programa de medicina y cuidados paliativos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 171-175.
- Congreso Nacional. (22 de Diciembre de 2006). Ley Orgánica de Salud. Obtenido de <http://instituciones.msp.gob.ec/dps/snem/images/PDF/ley-organica-del-sistema-nacional-de-salud.pdf>
- Consejo internacional de enfermeras. (2012). *CÓDIGODEONTOLÓGICODEL CIE PARA LAPROFESIÓN DEENFERMERÍA*. Ginebra: Place Jean-Marteau. Obtenido de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf
- Contreras Contreras, Sónia Eugenia, & Sanhueza Alvarado, Olivia Inés. (2016). LOS PACIENTES DEL PROGRAMA ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS: RAZONES Y SIGNIFICADOS PARA ENFERMERAS/OS. *Ciencia y enfermería*, 47-63. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100005>
- Correa, L.A. y Pereira, C. (2015). Palliative care in HF; The comfort as an outcome of nursing care. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 44(6), 547.
- Cortés, C. C., Gomez Sancho, M., & Pascual Lopez, A. (2015). *Manual de medicina paliativa*,. EUNSA Ediciones Universidad de Navarra.
- De Lima L,Perez-Castells M,Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M, RamirezL, Torres-Vigill, Vargas Y,Herrera E. (2013). *Indicadores de Cuidado PaliativoALCP*. Houston: 1a edicion. IAHP Press.
- Del Carmen Sara, J. C. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36.
- Dellarossa, M. J. (27 de Julio de 2016). *Instrumento para la valoración depacientes críticos basado en el modelo de VirginiaHenderson*. Cordova: Facultad Ciencias Médicas.
- Diáz Cortés, M. D. M. Román López, P. y María del Mar Díaz Cortés. (2017). *Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud: proceso oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo*. Editorial Universidad de Almería.

- El Congreso Nacional. (18 de Diciembre de 2015). Ley Orgánica de Salud . *Registro Oficial* . Ecuador .
- Encuentro de Alto Nivel de Cuidados Paliativos, FEDELAT, AHPC,ALCP. (11 de Octubre de 2018). CP-FeSS - Cuidados Paliativos - Fortaleciendo El Sistema Sociosanitario. Perú.
- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE MEDIANTE EL INSTRUMENTO QPP-PC EN EL HOSPICE SAN CAMILO PERIODO 2016. (Diciembre de 2016).
- Fascioli, A. (2016). LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL FINAL DE LA VIDA: EXPRESIÓN DEL RECONOCIMIENTO DEL OTRO. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 46-53. Obtenido de *Enfermería: Cuidados Humanizados*.
- FECUPAL. (2018). *Historia fundación*. Obtenido de <http://fecupal.com/wordpress2013/fecupal/>
- Figueredo Borda, N., Ramírez Pereira, M., Murczyk, S., & Diaz Videla, V. (2019). Modelos y Teorías de Enfermería: Sustento Para los Cuidados Paliativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 22-33.
- FIGUEREDO VILLA, Katiuska. (2008). CUIDADOS PALIATIVOS: UNA OPCION VITAL PARA PACIENTES CON CANCER DE MAMA. *Scielo Cuba*, 1729-519.
- França, F. d. (2016). Importance of Palliative Care in Pediatric Oncology. *International Archives of Medicine*, 1-10.
- Guillén Velasco, R. d., & Compton García Fuentes, C. C. (2016). *Filosofía y práctica de enfermería*. San Lorenzo Huipulco: El Manual Moderno .
- Hagan. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurs Educ Today*, 61; 216-19.
- Hagan, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurs Educ Today*, 61: 216-19.
- Hearther, T., & Kamitsuro, S. (2014). *Diagnósticos Enfermeros* (Undécima Edición ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Internacional Association for hospice and palliative care. (2020). Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horizonte Médico*, 20(3). Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Jara, S. F., & Lizano, P. A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería universitaria*, 208-215. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>

- Johnston, B. (2015). Conserving care in palliative care setting: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing.*, 24:1743-1772. Obtenido de 10.1111/jocn.12791
- Jose F. Parodi, Rocío Morante, Lilian Hidalgo, Ricardo Carreño. (2016). Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. *Horizonte Médico*, 69-74. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100010&lng=es&tlng=es.
- Justino, Eveline Treméa, Kasper, Maristel, Santos, Karen da Silva, Quaglio, Rita de Cassia, & Fortuna, Cinira Magali. (01 de Julio de 2020). Cuidados paliativos en la atención primaria a la salud: scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3858.3324>
- López Álvarez, E., & Avellana Zaragoza, J. (2019). *CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ANCIANO*. Obtenido de SECPAL: <https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-EN-EL-ANCIANO>
- López González, E., Cabrera Macias, Y., López Cabrera, E., & Puerto Becerra, A. (2018). Calidad percibida en servicios de asistencia al adulto mayor. *MediSur*, 437-463.
- López-Tarrida, Ángeles C, González-Martín, & González, M. (2020). Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Revista Española de Salud Pública*, 94. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272020000100083&lng=es&tlng=es.
- Maineti. (2001).
- Mar Zulueta Egea¹, María Prieto-Ursúa², Laura Bermejo Toro. (2018). La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. *Cultura de los Cuidados*, 22(52). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.18>
- Mar Zulueta Egea¹, María Prieto-Ursúa², Laura Bermejo Toro³. (2018). La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. *Cultura de los Cuidados*, 22(52).
- María Noboa Cevallos, Sara Zapata Salcedo. (Diciembre de 2016). EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE MEDIANTE EL INSTRUMENTO QPP-PC EN EL HOSPICE SAN CAMILO PERIODO 2016. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Martínez Caballero, Collado Collado, F., Rodríguez Quintosa, J., & Moya Riera, J. (2015). El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 224-230.
- Martín-Romo Mejías, J. (2018). *Cuidados paliativos (2a. ed.)*. Editorial ICB. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/utnorte/105465?page=12>.
- Mayo Alegre, J., Loredó Carballo, N. A., & Reyes Benítez, S. N. (2015). En torno al concepto de calidad. Reflexiones para su definición. *Retos de la Dirección*, 49-67.

- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2020). *Modelo para la atención integral domiciliaria de pacientes con necesidad de cuidados permanentes(cuidados paliativos y/o a largo plazo)*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador , Dirección Nacional de Discapacidades.
- Montano, D. B. (2016). EL CUIDADO PALIATIVO Y SU IMPORTANCIA EN LA AGENDA DEL CUIDADOR. *Rev Inv Sci*, vol.5, n.1, 60-76 . Obtenido de <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2313-02292016000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2313-0229.
- Moorhead, S., Marrion, J., Meridean, L., & Swanson, E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona, España: Elsevier.
- MSP. (2015). *Cuidados Paliativos, Norma de Atención 1era Edición*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- Nacional, C. (2003).
- Naciones Unidas. (19 de Julio de 2019). *La población mundial sigue en aumento, aunque sea cada vez más vieja*. Obtenido de <https://www.un.org/development/desa/es/news/population/world-population-prospects-2019.html>
- Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. . *Gaceta Médica Espirituana*, 89-100.
- Noboa Cevallos, M. C., & Zapata Salcedo, S. M. (Diciembre de 2016). EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE MEDIANTE EL INSTRUMENTO QPP-PC EN EL HOSPICE SAN CAMILO PERIODO 2016. Quito.
- OMS. (2017). *Cuidados paliativos*. Obtenido de <http://fecupal.com/wordpress2013/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Definición de la OMS de los cuidados paliativos*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
- Organización Mundial de la Salud. (19 de Febrero de 2018). *Cuidados Paliativos*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (20 de Agosto de 2020). *Cuidados Paliativos*. Obtenido de <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Phillips , J., Virdun , C., Bhattarai , P., & Fraser , C. (2018). Enfermería y cuidados paliativos. *MacLeod R., van den Block L.*, 1-16. Obtenido de https://doi.org/10.1007/978-3-319-31738-0_43-1
- Piosa, M. G. (2015). Virginia Henderson: planteamiento del modelo conceptual de Enfermería y críticas recibidas al respecto . *Revista Electrónica de Portales Medicos*, 1-3.

- Ponti, E., Saez, N., Angeloni, L. S., Álvarez, M., Mincone, F., & Cicerone, F. (2019). Conocimiento de Enfermería en la valoración y revisión continua de los síntomas en cuidados paliativos. *Educación Médica Superior*, 33(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412019000300005&lng=es&tlng=es.
- PS. M. Ignacia del Río. Dra. Alejandra Palma . (2007). *CUIDADOS PALIATIVOS: HISTORIA Y DESARROLLO*. BOLETÍN ESCUELA DE MEDICINA U.C., PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.
- Riveros Ríos, M. (2017). Acceso universal de los cuidados paliativos: Derecho universal a no sufrir Análisis desde la visión bioética y de derechos humanos. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 67-78. Obtenido de [https://dx.doi.org/10.18004/anales/2017.050\(02\)67-078](https://dx.doi.org/10.18004/anales/2017.050(02)67-078)
- Robles, D. J. (2018). *Guía de manejo integral de cuidados paliativo*. México: Early Institute e Instituto Nacional de Cancerología.
- Rosa Guerrero-Ramírez, Mónica Elisa Meneses-La Riva,b, María De La Cruz-Ruiz. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao. *Rev enferm Herediana*, 133-142.
- Rosero Caiza , G. E. (2018). *Grados de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovascular Asociados en Pacientes de Hipertensos que Acuden a Consulta Externa del Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas Periodo de Enero a Febrero del 2018*. Esmeraldas : Facultad de Medicina .
- Sandsdalen, T. (2015). Percepciones de los pacientes sobre los cuidados paliativos: adaptación del instrumento Calidad desde la perspectiva del paciente para su uso en cuidados paliativos y descripción de las percepciones de los pacientes sobre los cuidados recibidos. *BMC Palliat Care*, 14, 54. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0049-4>
- Satisfaction and importance of care during the final stage of life. (2016). Desde la perspectiva del familiar la calidad de atención utiliza instrumentos como FAMCARE este mide el grado de satisfacción que valora la calidad de la atención en salud . *ELSEVIERE*, 199.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades. (2013-1017). Plan Nacional del Buen Vivir. Quito, Ecuador. Obtenido de [Obtenido de www.buenvivir.gov.ec](http://www.buenvivir.gov.ec)
- Shamsuzzoha, B., Sheila Leatherman, Nana Mensah, A., Matthew , N., & Edward , K. (2018). Mejorar la calidad de la atención de salud en todo el sistema sanitario. *Boletín Organización Mundial de la Salud*, 96.
- Sierra Leguía, L., Montoya Juárez, R., García Caro, M. P., López Morales, M., & Montalvo Prieto, A. (2019). Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. *Index de Enfermería*, 51-55.

- Sociedad Española de Cuidados Intensivos. (25 de Septiembre de 2015). *InfoPaliativos*. Obtenido de <http://infocuidadospaliativos.com/declaracion-omc-secpal-definicion-de-cuidados-paliativos-obstinacion-terapeutica-eutanasia-y-suicidio-asistido/>
- Sociedad Universitaria de Neurociencias. (1978). *INFORME BELMONT, PRINCIPIOS ÉTICOS Y ORIENTACIONES PARA LA PROTECCIÓN DE SUJETOS HUMANOS EN LA EXPERIMENTACIÓN*. Estados Unidos: Sociedad Universitaria de Neurociencias. Obtenido de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Souza, Hieda Ludugério de, Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone, Paz, Cássia Regina de Paula, Schweitzer, Mariana Cabral, Hohl, Karine Generoso, & Pessalacia, Juliana Dias Reis. (2015). Cuidados paliativos en la atención primaria de la salud: consideraciones éticas. *Revista Bioética*, 349-359.
- The Economist Intelligence Unit. (20 de Mayo de 2015). Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. *The Economist Intelligence Unit*. Obtenido de : <https://eiuperspectives.com/sites/default/fi>
- Tripodoro, Vilma A, Goldraij, Gabriel, Daud, María L, Veloso, Verónica I, Pórez, Marisa Del V, De Vito, Eduardo L, & De Simone, Gustavo G. (2019). Análisis de los resultados de un programa de calidad en cuidados paliativos para los últimos días de vida: Diez años de experiencia. *Medicina (Buenos Aires)*, 468-476. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000900007&lng=es&tlng=es
- Vargas González, Vilma; Valecillos, José; Hernández, Carmen. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales*, 663-671.
- Zulueta Egea, M., Prieto Ursúa, M.&Bermejo Toro, L. (2018). La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 22(52).

ANEXO 01

ENTREVISTA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

MENCION EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA EN ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

TEMA: CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LAS PERSONAS EN CUIDADO PALIATIVOS, EN EL CANTÓN IBARRA, EN EL AÑO 2021.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la calidad de atención en cuidados paliativos en los usuarios del Cantón Ibarra, período 2021.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la calidad de atención de los cuidados paliativos de acuerdo con las características demográficas y sociales de los pacientes.
- Conocer la percepción de cuidadores y enfermos sobre cuidados paliativos en la población de estudio
- Proponer un plan de cuidados de enfermero de cuidados paliativos.

Estimado paciente, esta entrevista tiene por objetivo conocer su percepción sobre la calidad de atención recibida. Este estudio tiene fines educativos, los datos son de absoluta confidencialidad; motivo por el cual no cuenta con información de su nombre, además su participación es voluntaria. Agradezco su participación.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1.1 ¿Cuántos años tiene?
- 1.2 ¿Su identidad de género es masculino, femenino o LGTBI?
- 1.3 ¿En qué país nació?
- 1.4 ¿Cómo se auto identifica usted?
- 1.5 ¿Cuál es ocupación?
- 1.6 ¿Cuál es su nivel de Instrucción: Primaria Educación Básica, Bachillerato, ¿Superior?
- 1.7 ¿Cuál es su estado civil?
- 1.8 ¿Cuántos hijos tiene?
- 1.9 ¿Qué enfermedad presenta?

2. ACCESIBILIDAD

- 2.1 ¿Qué personal de salud le visita con más frecuencia, el médico, la enfermera, psicólogo, ¿otros?
- 2.2 ¿A que centro de salud pertenece el personal de salud que le visito?
- 2.3 ¿Con que frecuencia le visita el personal de salud?

3. COMPETENCIA MÉDICA-TÉCNICA

- 3.1 ¿Usted considera que el personal de salud le brinda atención a tiempo, continua y de calidad?
- 3.2 ¿Recibe ayuda por parte del personal de salud para el alivio de los síntomas del dolor, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, dificultad para respirar, depresión (sentimientos de tristeza), Ansiedad (nerviosismo), la falta de sueño , el estreñimiento / diarrea ?

4. ENFOQUE ORIENTADO A LA IDENTIDAD.

- 4.1 ¿Qué conoce usted acerca de su enfermedad y síntomas?
- 4.2 ¿Conoce usted como se llama la medicación que recibe y cuánto tiempo dura el tratamiento?
- 4.3 ¿Ha recibido información sobre el cuidado y los tratamientos que se llevarán a cabo, los efectos y uso de la medicina?
- 4.4 ¿Recibe su medicación a tiempo?

5. CONDICIONES FÍSICO-TÉCNICAS.

5.1 ¿Cree usted que los equipos, materiales y personal son suficientes para abastecer los requerimientos de los pacientes?

6. COMUNICACIÓN (TRATO-SER-VICIO, EMPATÍA, SEGURIDAD, INFORMACIÓN, COMPETENCIA Y CORTESÍA)

6.1 ¿Recibe usted información por parte del personal de salud sobre los procedimientos que le van a realizar?

6.2 ¿Cuál es su opinión sobre el trato que recibe del personal de salud?

6.3 ¿Cree usted que el personal de salud médico, enfermera, resto del personal ha sido respetuoso y responde con honestidad a sus preguntas?

6.4 ¿Ha recibido capacitaciones por parte del personal de salud, sobre cuidados paliativos?

7. PROFESIONALISMO

7.1 ¿Cómo valoraría la atención sanitaria recibida por parte del Personal de salud, muy buena, buena, regular, mala?

7.2 ¿Qué aspectos le gustaría que cambie para mejorar la atención en salud de cuidados paliativos?

7.3 ¿Considera que el Personal de salud tenía conocimientos suficientes para brindar atención en domicilio?

7.4 ¿Considera usted que su opinión es tomada en cuenta para la toma de decisiones que se aplican en cuidados de enfermería y atenciones médicas?

7.5 ¿Considera usted que existe una planificación para las visitas en domicilio para brindar atención médica y cuidados de enfermería?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 02

OFICIO INGRESADO AL CENTRO DE SALUD NRO.1 IBARRA

Ibarra, 30 de agosto de 2021

Lda. Paola Elizabeth Guerrero Lomas
 Administrador Técnico del Centro de Salud N°1 Ibarra Zona 1 - Salud

ASUNTO: Presentación de Propuesta del Plan de atención de Enfermería para usuarios en cuidado paliativo.

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo, el motivo de la presente es para solicitar la revisión de la Propuesta de Plan de Atención de Enfermería para usuarios en cuidado paliativo en el área de Enfermería del Establecimiento de Salud y pueda ser tomado en cuenta en la atención realizada con los usuarios, pidiendo que lo realice debido a que me encuentro realizando el trabajo de tesis en la Universidad Técnica del Norte, en el programa Maestría en Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, con el tema "CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LAS PERSONAS EN CUIDADO PALIATIVOS, EN EL CANTÓN IBARRA, EN EL AÑO 2021".

En caso de existir alguna observación quedo atenta a la misma para poder realizar los cambios pertinentes.

Por la favorable atención que se brinde a la presente anticipo mi agradecimiento.



CARLA PAOLA
 CARLOSAMA
 ANDRADE

Carla Paola Carlosama
 C.I. 1003463776

Atentamente,

Carla Paola Carlosama Andrade



Recibido
 20/08/2021
 Ibarra
 Paola Elizabeth Guerrero Lomas
 ENFERMERA
 M.O. MOP 116373204