



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA**

**TÍTULO DE MÉDICO**

**Cuidados Paliativos en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas  
en el Centro de Salud Tierras Coloradas, 2019**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**AUTOR:** Bravo Montaña, Álvaro Efraín

**DIECTORA:** Rodríguez Quintana, Tamara, Dra.

LOJA- ECUADOR

2019



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2020

## APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.

Tamara Rodríguez Quintana, Dra.

**DOCENTE DE LA MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado, “**Cuidados Paliativos en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en el Centro de Salud Tierras Coloradas, 2019**”, realizado por **Bravo Montaña Álvaro Efraín**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Julio del 2019

-----

Firma del Director del Trabajo de Titulación

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Bravo Montaña Álvaro Efraín, declaro ser autor del presente trabajo de titulación **“Cuidados Paliativos en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en el Centro de Salud Tierras Coloradas, 2019”**, para obtener el título de médico, siendo Doctora Rodríguez Quintana Tamara, directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados, vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del estatuto orgánico de la Universidad Particular de Loja, que en su parte pertinente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo de la universidad)”.

f.....

Autor: Bravo Montaña Álvaro Efraín.

Cédula: 1719162487

## DEDICATORIA

A ti Dios que me has dado la oportunidad de la vida y de regalarme una familia maravillosa.

A mis queridos hijos, que son mi principal fuente de inspiración en todo momento, a mi madre que me ha apoyado y ha hecho posible que se cumplan mis anhelos de superación, a la memoria de mi Abuelo.

***Álvaro Efraín Bravo Montaña***

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero dejar constancia de mi profundo agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, en la persona de sus autoridades, que con su entrega total a las labores docentes y administrativas que forjan día a día el progreso y adelanto de esta gran Institución de Educación Superior.

A la los docentes de la carrera de Medicina Humana, quienes supieron brindarme sus conocimientos y fraguaron en mí, el deseo permanente de superación.

A mi querida madre, a mis queridos hijos por su apoyo brindado y a todos los que contribuyeron a cumplir con este trabajo académico, previó a la obtención del título de Médico.

Un agradecimiento especial a la doctora Tamara Rodríguez Quintana, Directora de Tesis, quien con responsabilidad, paciencia y dedicación supo guiarme en la elaboración de la presente Tesis.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS .....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
1.1. CUIDADOS PALIATIVOS .....	5
1.2. EL PROYECTO E INSTRUMENTO NECPAL.....	12
1.3. GUÍA - MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR .....	16
1.4. FARMACOS EMPLEADOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	17
1.5. ESCALAS UTILIZADAS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	19
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>20</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>20</b>
2.1. OBJETIVOS .....	20
2.1.1. Objetivo general:.....	20
2.1.2. Objetivos específicos:.....	20
2.2. METODOLOGÍA .....	21
2.1.1. Tipo de estudio.....	21
2.1.2. Universo:.....	21
2.1.3. Muestra:.....	21
2.1.4. Criterios de inclusión: .....	21
2.1.5. Operacionalización de las variables:.....	22
2.1.6. Métodos Técnicas e instrumentos de recolección de datos: .....	30
2.1.7. Plan de tabulación de datos.....	31
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>33</b>
<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS .....</b>	<b>33</b>
DISCUSIÓN .....	38
CONCLUSIONES.....	41

RECOMENDACIONES .....	42
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA .....	43
ANEXOS .....	45
Anexo 1. Autorización Coordinación Zonal.....	45
Anexo 2. Consentimiento informado .....	47
Anexo 3. Cuestionario al responsable administrativo del Centro de Salud .....	48
Anexo 4. Cuestionario al personal de salud .....	49
Anexo 5. Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) .....	52

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población según edad.....	35
Tabla 2. Tipo de enfermedad crónica avanzada .....	36
Tabla 3. Presencia de síntomas e intensidad .....	37

## RESUMEN

El trabajo se intitula: “Cuidados Paliativos en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en el Centro de Salud Tierras Coloradas, 2019”, para ello se planteó el objetivo general: evaluar el grado de implementación de la guía de práctica clínica de cuidados paliativos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y caracterizar los pacientes tributarios de cuidados paliativos en el centro de salud “Tierras Coloradas”. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, durante el primer semestre del 2019, los métodos utilizados fueron sintético, analítico, inductivo y deductivo, para la recopilación de la información se utilizó la técnica de la encuesta, mediante la aplicación de cuestionarios propios, NECPAL-ICO, (2 médicos) y el cuestionario de evaluación de síntomas Edmonton (ESAS), (muestra de 8 pacientes). Los resultados obtenidos: el grado de implementación de la guía de práctica Clínica de Cuidados Paliativos y el nivel de conocimientos de los médicos son bajos, la prevalencia de necesidad de cuidados paliativos es baja, predominaron mujeres, viudos, todos los pacientes no trabajan debido a la enfermedad, todos presentan síntomas de intensidad moderada a severa.

**PALABRAS CLAVES:** cuidados paliativos; enfermedades crónicas; guía de práctica clínica; síntomas

## **ABSTRACT**

The work is entitled: "Palliative Care in patients with advanced chronic diseases in the Tierras Coloradas Health Center, 2019", for this purpose the general objective was set: to evaluate the degree of implementation of the guide of clinical practice of palliative care of the Ministry of Public Health of Ecuador and characterize the palliative care tax patients in the "Tierras Coloradas" health center. A descriptive cross-sectional study was carried out, during the first half of 2019, the methods used were synthetic, analytical, inductive and deductive, for the collection of the information the survey technique was used, through the application of own questionnaires, NECPAL -ICO, (2 doctors) and the Edmonton symptom assessment questionnaire (ESAS), (sample of 8 patients). The results obtained: the degree of implementation of the Palliative Care Clinical practice guideline and the level of knowledge of doctors are low, the prevalence of need for palliative care is low, women, widowers predominated and all patients do not work due to the disease, all present symptoms of moderate to severe intensity.

**KEY WORDS:** palliative care; chronic diseases; clinical practice guide; symptom

## INTRODUCCIÓN

Desde hace décadas el panorama de la salud se ha transformado por la influencia de varios factores, entre ellos la transición demográfica aparejada a la epidemiológica, manifestándose en un envejecimiento poblacional paulatino e inexorable, un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, así como de personas con discapacidades, sufrimiento y mayor dependencia. Todo ello constituye un reto para los sistemas de salud que deben proporcionar atención, cuidado y garantizar una vida digna hasta el final de los días, acompañando a la familia a enfrentar el duelo. En el Ecuador el 43 % de las defunciones corresponden con pacientes que tenían necesidades de recibir Cuidados Paliativos, de estos el mayor porcentaje estuvo dado por patologías no oncológicas y el 12 % por enfermedades oncológicas. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014)

El presente trabajo investigativo que se intitula: “Cuidados Paliativos en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en el Centro de Salud Tierras Coloradas, 2019. Así mismo se plantearon objetivos específicos: Identificar el grado de implementación de la guía de Cuidados Paliativos en el centro de salud “Tierras Coloradas”; describir el nivel conocimiento sobre Cuidados Paliativos de los médicos del centro de salud “Tierras Coloradas”: identificar la prevalencia de necesidades de cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en el centro de salud “Tierras Coloradas”; caracterizar los pacientes tributarios de cuidados paliativos en el centro de salud “Tierras Coloradas”, en cuanto a datos sociodemográfico; definir la presencia e intensidad de los síntomas en pacientes que requieren cuidados paliativos en el centro de salud “Tierras Coloradas”.

El tipo de investigación es de carácter transversal, durante el primer semestre del 2019, los métodos utilizados fueron sintético, analítico, inductivo y deductivo, para la recopilación de la información de campo se utilizó la técnica de la encuesta: Para el Objetivo 1 y 2 un cuestionario propio estructurado; para el objetivo 3 se aplicó el cuestionario brindado por el NECPAL-ICO, aplicados a 2 médicos que laboran en este Centro de Salud; para el objetivo 4 y 5 se aplicó en el domicilio de los pacientes un cuestionario de evaluación de síntomas Edmonton (ESAS) a una muestra de 8 pacientes que padecen de enfermedades crónicas que acuden al Centro de Salud de “Tierras Coloradas”.

Entre los resultados más sobresalientes tenemos que la guía de práctica clínica no ha sido aplicada de manera adecuada, que los profesionales de la salud no cuentan con el conocimiento necesario de lo que se establece en ella y por ende no identifiquen a los pacientes que necesiten cuidados paliativos, trayendo consigo poco control y alivio de los síntomas. Además es sabido que desde el año 2014, el MSP impulsando el “Buen Vivir”, inició la atención en Cuidados Paliativos en todos los niveles de atención y su ejecución fue fortalecida con la implementación de la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos, sin embargo, para un grupo de investigadores de la UTPL no todas las personas que requieren este tipo de atención, la han recibido y esto puede obedecer a múltiples causas entre ellas el desconocimiento por parte de los médicos y por falta apoyo económico del estado hacia esta clase de pacientes.

El presente informe se halla estructurado de la siguiente manera:

El primer capítulo consta del marco teórico donde se conceptualiza aspectos de las variables inmersas en la investigación tales como: cuidados paliativos, el proyecto e instrumento NECPAL, Guía – Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud en el Ecuador, fármacos empleados en los cuidados paliativos, escalas utilizadas en los cuidados paliativos; En el segundo capítulo se aborda la metodología el diseño y tipo de investigación, los métodos, población, técnicas e instrumentos.

El tercer capítulo describe la discusión de resultados y análisis, aparecen tabulados los resultados de las encuestas aplicadas a administrativos y pacientes del Centro de Salud de Tierras Coloradas de la ciudad de Loja, confrontadas con la teoría de las diferentes variables tratadas; a continuación aparecen las conclusiones y recomendaciones, para finalizar con las referencias bibliográficas y los anexos.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. CUIDADOS PALIATIVOS

La palabra paliativo, proviene de la palabra Paliar del latín "*Palliare*" cuyo significado es mitigar y contener al rigor. Se sabe que la vida también es sinónimo de la muerte, y que esta debe ser tomada como un proceso natural, donde ni se acelera ni se pospone; pero muchas personas presentan enfermedades crónicas o terminales, ante lo cual es proporcionarles alivio para el dolor y otros síntomas angustiantes, así como los aspectos psicológicos y espirituales avocados al cuidado de estos, en definitiva es un soporte para ayudar a los pacientes a vivir dignamente y como sea posible hasta que se produzca la muerte; ofreciendo un sistema de sustento a la familia para enfrentar la enfermedad y a su propio dolor (duelo) (OMS, 2007).

Para la OMS, 2007, los Cuidados Paliativos son el cuidado global y activo de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo y en que es esencial el control del dolor y otros síntomas, la atención de problemas psicológicos, sociales y espirituales, y el conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y la familia.

Este tipo de atención se instituyen en un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes de toda edad y de sus familiares o allegados, sobre todo cuando les toca afrontar dificultades relacionadas a una enfermedad latentemente mortal, previenen y calman el sufrimiento mediante la identificación temprana, la correcta evaluación y el tratamiento del dolor y otras dificultades, derivadas de la enfermedad, ya sean físicos, psicosociales o espirituales. (Antequera, 2006)

El afrontar esta clase de enfermedades significa ocuparse de dificultades que no solo se limitan a dolores físicos. Ante esta situación existen programas de asistencia paliativa, compuestos por un equipo de trabajo, para ofrecer el apoyo a los pacientes y a su entorno familiar y otros que les van a proporcionar los cuidados. Esta asistencia establece la atención a necesidades de carácter físico, psicológico a la hora del duelo; es decir brindar

un sistema de ayuda y apoyo a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la hora de su muerte. (Cortés, 2015)

Además, cabe señalar que los cuidados paliativos, están señalados y reconocidos en la legislación del derecho humano a la salud, mediante servicios de salud constituidos y enfocados el paciente que presten especial vigilancia a las necesidades y preferencias del individuo.

La OMS, 2007, define a los Cuidados Paliativos como: “el cuidado activo total de los enfermos cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”, sobre todo si está en fase avanzada y progresiva. En esta etapa los objetivos principales pasan a ser: prevención y alivio del sufrimiento; la identificación temprana y tratamiento correcto del dolor y de otros inconvenientes de orden físicos, psicosociales y espirituales; Ayudar a que el paciente y la familia acepten la realidad; gestionara lograr la mayor y mejor calidad de vida para los pacientes, evitando la utilización de medidas desesperadas como el sufrimiento terapéutico.

Los Cuidados Paliativos se encaminan a dotar de una atención completa al enfermo mediante un equipo interdisciplinario, a través de un modo activo y positivo de los cuidados, para ello hay que dar la correspondiente importancia a la comunicación y al apoyo emocional en las varias fases de adaptación a la enfermedad crónica o terminal, ayudando a controlar los síntomas de la enfermedad como lo es el dolor, de ser posible proporcionar tratamientos saludables de ayuda y prevención. (Cortés, 2015)

Es necesario que se respete los valores, particularidades y elecciones del enfermo. Tomar en cuenta las necesidades generales de los pacientes y aplacar su aislamiento mediante el ofrecimiento de seguridad de no abandonarles y de mantenerlos informados, también ayudar a la implementación del cuidado domiciliario. Establecer acciones para conseguir que el enfermo muera tranquilo y en paz, dar soporte a la familia posteriormente de la muerte del enfermo. Cabe resaltar que los Cuidados Paliativos se efectúan mediante cuatro elementos básicos: correcta comunicación, vigilancia adecuada de los síntomas, utilización de diversas medidas para atenuar el dolor y sufrimiento, también brindar apoyo a la familia antes de la muerte y en el proceso del duelo (Río, 2007)

El objetivo fundamental de los cuidados paliativos es aliviar el sufrimiento y con ello aliviar el dolor y otros síntomas, ni acelerar la vida, brindar apoyo psicológico, social y espiritual, reafirmar la importancia de la vida y considerar la muerte como algo normal. (Cortés, 2015)

A través de esta atención mejorar la calidad de vida de los enfermos graves en cualquier etapa de la enfermedad, aparte de los procesos terapéuticos vigentes, y se adecuan a las necesidades del enfermo y su familia, apoyar al paciente y la familia de manera adecuada y correcta a lo largo de la evolución de una enfermedad grave, participar de manera temprana en el manejo, apoyo al enfermo y sus familiares, utilizar una amplia gama de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes. (Organización Panamericana de la Salud, 2013)

La Medicina Paliativa está dirigida a los pacientes que presentan enfermedades activas, progresivas y avanzadas en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida, incorporando al paciente y a su familia, mediante el apoyo de tratamiento médico, psicológico y espiritual. (Berengel, 2013)

Uno de los objetivos de los cuidados paliativos es apoyar a los pacientes con una enfermedad crónica o grave a sentirse mejor, con estos se previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el abordaje de los tratamientos, además se también se tratan problemas físicos, emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea, permitiendo que las personas involucradas se sientan mejor y mejoren la calidad de vida. (Cortés, 2015)

Es importante recalcar que los cuidados paliativos pueden brindarse al mismo tiempo que los tratamientos consignados para curar o tratar la enfermedad; estos se pueden dar cuando se diagnostica la enfermedad, en el tratamiento, en el seguimiento y al final de la vida.

Entre las enfermedades crónicas de larga duración tenemos: enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, mismas que son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Las enfermedades graves o terminales, salvo accidentes o enfermedades de evolución súbita, en los casos de las personas mayores, variedad de patologías se van sumando y van agravando la condición de la persona, además del incremento de la edad. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Tanto las enfermedades crónicas como graves es necesario atenderlas mediante una atención multidisciplinaria que observe a la persona como un todo y no trate cada una de las patologías de forma independiente, para ayudar a los enfermos graves a sentirse mejor. Además su fin es prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos, por lo tanto se debe también cuidar problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales con los que pueda enfrentarse para mejorar su calidad de vida. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

La mejor manera de tratar a las personas con enfermedades avanzadas es mediante un equipo multidisciplinario de médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos, masajistas, terapeutas etc. que han sido formados y preparados de manera específica para ofrecer atención especializada, dirigida al logro del bienestar del paciente.

Por lo tanto, los cuidados paliativos se les pueden ofrecer a personas con enfermedades tales como: cáncer, enfermedad cardíaca, enfermedades pulmonares, insuficiencia renal, demencia, VIH/SIDA, diabetes, enfermedades hepáticas crónicas, ELA (esclerosis lateral amiotrófica), enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, anomalías congénitas, tuberculosis resistente a los medicamentos. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Al tratarse de cuidados paliativos se ha indicado que debe realizarlo un equipo multidisciplinario tales como: un equipo de médicos, enfermeros y enfermeros especializados, asistentes físicos, nutricionistas certificados, trabajadores sociales, psicólogos, masajistas, terapeutas, capellanes. También los cuidados paliativos los pueden brindar los hospitales, las agencias de atención médica domiciliaria, las clínicas de oncología y las clínicas de atención a largo plazo. (Organización Mundial de la Salud, 2007)

El dolor es un término conocido desde tiempos inmemoriales, desde que existe el hombre sobre la faz de la tierra y ha establecido por generaciones en uno de los retos más difíciles para los profesionales comprometidos en la salud. La experiencia del dolor empieza desde

la infancia cuando el organismo es atacado o se lesiona. La costumbre de emplear la palabra dolor para expresarlo. Sin embargo el aprendizaje también conlleva a emplear la misma palabra ante experiencias que no tienen una causa externa, atribuyendo su origen a una causa interna del organismo. (International Association for the Study of Pain, 2018)

La definición que más ampliamente se ha adoptado para definir el dolor: es experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o se podría definir como “una experiencia sensitiva desagradable acompañada de una respuesta afectiva, motora, vegetativa e, incluso, de la personalidad” (International Association for the Study of Pain, 2018)

El estudio del dolor involucra conocer el entorno multidimensional que lo conforma. Por un lado los síntomas relacionados con las respuestas nociceptivas o la afectación del sistema nervioso, afectación de estructuras somáticas y viscerales, de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, incluidos fármacos. Por otro lado, también son importantes los factores psicológicos tales como depresión y alteraciones de conducta, problemas y consecuencias en la esfera socio-económica que los síndromes dolorosos generan. (International Association for the Study of Pain, 2018)

La **náusea** es un síntoma preocupante que afecta al 70% de los pacientes con cáncer avanzado y hasta el 50% de los pacientes con diagnósticos no canceroso, como la ICC, la EPOC y la insuficiencia renal. (International Association for the Study of Pain, 2018)

El **delirio** aparece hasta en el 85% de los enfermos terminales. El delirio en los pacientes con cáncer no solo puede afectar la calidad de vida del paciente sino también puede tener un efecto emocional persistente en la familia y los cuidadores. (International Association for the Study of Pain, 2018)

La **fatiga** afecta a dos tercios de los pacientes con ICC avanzada, a más del 70% de los pacientes con EPOC avanzada y al 80% de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia y/o radioterapia. (International Association for the Study of Pain, 2018)

La **disnea** afecta hasta el 90% de los pacientes con enfermedad de pulmón en fase terminal, al 70% de los pacientes con cáncer, a casi la mitad de los pacientes con

enfermedad renal en etapa terminal y, a más del 60% de los pacientes en etapa terminal de su ICC. (International Association for the Study of Pain, 2018)

Los cuidados paliativos y la atención para pacientes terminales brindan bienestar; más sin embargo los cuidados paliativos pueden empezar en el momento del diagnóstico y al mismo tiempo que el tratamiento, mientras que la atención para pacientes terminales comienza después de que se suspende el tratamiento de la enfermedad y cuando es claro que la persona no va a sobrevivir a ella, la atención a pacientes terminales se brinda normalmente solo cuando se espera que la persona viva 6 meses o menos. (American Cancer Society, 2019)

Una enfermedad grave afecta más que simplemente el cuerpo. Afecta todos los ámbitos de la vida de una persona y de la vida de los miembros de la familia. Los cuidados paliativos pueden abordar estos efectos de la enfermedad de la persona. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

**Problemas físicos.-** Algunos síntomas o efectos secundarios incluyen: dolor, dificultad para dormir, dificultad para respirar, falta de apetito y sentirse enfermo del estómago, los tratamientos pueden incluir: medicamentos, orientación nutricional, fisioterapia, terapia ocupacional, terapias integradoras. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

**Problemas emocionales, sociales y del entorno familiar.-** Los pacientes y la familia enfrentan estrés durante una enfermedad que puede provocar miedo, ansiedad, desesperanza o depresión. Los miembros de la familia pueden responsabilizarse de brindar los cuidados, incluso si también tienen trabajos u otros deberes. Los tratamientos pueden incluir: asesoramiento, grupos de apoyo, reuniones familiares, remisiones a profesionales en salud mental. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

**Problemas prácticos.-** Algunos de los problemas planteados por una enfermedad son de carácter práctico, tales como problemas de dinero o laborales, inquietudes sobre el seguro y asuntos legales. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

Un equipo de cuidados paliativos puede: explicar los formularios médicos complejos o ayudar a las familias a entender las opciones de tratamiento, proporcionar o remitir a las familias a asesoría financiera, ayudarlo a conectarse con recursos de transporte y de alojamiento.

**Asuntos espirituales.** Cuando las personas son retadas por una enfermedad, pueden buscarle un sentido o cuestionar su fe. Un equipo de cuidados paliativos puede ayudar a los pacientes y a sus familias a explorar sus creencias y valores para que puedan acercarse a la aceptación y la paz. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

El control de síntomas en el paciente neoplásico en fase avanzada es la base en la que se sustentan los demás principios en cuidados paliativos. Durante la evolución de su enfermedad, los enfermos neoplásicos van a presentar múltiples síntomas de intensidad variable, cambiante y de origen multifactorial. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

Para poder realizar un abordaje que permita un control sintomático adecuado es necesario:

- *“Previo a cualquier tratamiento, realizar una evaluación etiológica que nos permita determinar si un síntoma es atribuible a la enfermedad neoplásica, secundario a los tratamientos recibidos o bien sin relación con ellos.*
- *Determinar la necesidad de tratar un síntoma en función de la fase evolutiva del paciente y de su situación clínica. Valorar la relación daño/beneficio (no siempre lo más adecuado es tratar los síntomas; por ejemplo, administrar antibióticos en un paciente moribundo con fiebre de probable origen infeccioso).*
- *Iniciar el tratamiento lo antes posible y realizar un seguimiento de la respuesta al mismo.*
- *Elegir tratamientos de posología fácil de cumplir, adecuar la vía de administración a la situación del paciente y mantener la vía oral siempre que sea posible.*
- *Evitar la polimedicación y no mantener medicamentos innecesarios hasta el último momento.*
- *Informar al paciente, y en su defecto, con su permiso a su familia o cuidador principal, de la situación clínica y las posibilidades reales de tratamiento de los distintos síntomas.*
- *Cuidar en el domicilio a un paciente neoplásico en las últimas etapas de su vida genera una gran sobrecarga para la familia tanto desde el punto de vista físico*

*como psicológico. No realizaremos un tratamiento paliativo correcto si no intentamos aliviar esta situación. Es necesario informar y resolver todas las dudas que puedan surgir, así como consensuar las decisiones a tomar con el paciente teniendo en cuenta también a la familia”. (Alsirafy SA, El Mesidy SM, Abou-Elela EN, Elfaramawy YI. Naproxen test for neoplastic fever may reduce suffering. J Palliat Med. 2011)*

Los aspectos que contribuyen a enfrentar de manera eficaz y el logro de la paz, son una buena comunicación y la confianza entre el paciente, la familia y el equipo clínico; la existencia de oportunidades para que el paciente pueda compartir sus miedos y preocupaciones y, una atención meticulosa de los síntomas físicos y los problemas psicológicos y espirituales. Para muchos pacientes, la oportunidad de poder compartir esperanzas, preocupaciones y lo que su enfermedad significa para ellos es terapéutico. Esta combinación de una meticulosa atención de los trastornos psicosociales y los síntomas físicos es el corazón de los cuidados paliativos. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

## **1.2. EL PROYECTO E INSTRUMENTO NECPAL**

El instrumento NECPAL, ya sea en sus diversas versiones, surge y ha sido elaborado por iniciativa del Observatorio “QUALY” / CCOMS – ICO, con el apoyo de la Dirección General de Regulación, Planificación i Recursos Sanitarios del Departamento de Salud de Catalunya y en colaboración de algunas instituciones más como son Served d’Atenció Primaria (SAP) Osona, Institut Català de la Salut, Consorci Hospitalari de Vic, Hospital de la Santa Creu de Vic. El documento y el instrumento pueden ser utilizados, debidamente citados, con finalidades asistenciales, docentes e investigaciones. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

Catalunya ha sido la pionera en desarrollo de los cuidados paliativos modernos, con la implementación de servicios y medidas que han conseguido cobertura, calidad, eficiencia y referencia internacional. Las conceptualizaciones y los retos actuales más sobresalientes de la atención paliativa radican en su aplicación a personas con todo tipo de enfermedades crónicas progresivas, en todos los servicios de salud, atendéndolos de manera precoz, además la atención ha de ser integrada y flexible en todos los servicios, insertando metodologías asadas en la ética clínica, procesos de decisiones anticipadas, atención integrada del Sistema de Salud. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

El instrumento NECPAL permite identificar pacientes con enfermedades crónicas de todo tipo y necesidades de atención paliativa en todos los servicios de salud en busca de medidas universales de mejora, incluyendo la formación, la organización y acciones integradas de todos los actores implicados y la colaboración de profesionales de varias disciplinas en los diversos ámbitos del Sistema de Salud. Su implementación permite mejorar la calidad de atención a las personas con enfermedades avanzadas, donde los recursos sean aprovechados de manera efectiva y eficiente. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

Cabe resaltar que el proyecto NECPAL, tiene como objetivo primordial mejorar la atención paliativa a todos los enfermos en todos los servicios de salud, sobretudo en atención primaria en dispensarios y Centros de Salud, donde se atiende a enfermos crónicos, mediante la identificación precoz de personas con necesidades de atenciones paliativas.

El instrumento NECPAL, consiste en una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica. Combina evaluaciones de percepción (pregunta sorpresa), demandas y necesidades percibidas, con parámetros medibles de severidad e intensidad, factores evolutivos de progresión de la enfermedad, comorbilidad, uso de recursos e instrumentos específicos para algunas patologías; se puede aplicar a enfermos crónicos avanzados en todos los servicios de salud. Su utilidad radica en identificar enfermos con necesidades de índole paliativa. Este instrumento no es de carácter pronóstico, no indica la necesidad de intervención de equipos específicos, no limita a otros enfoques concomitantes. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

El documento describe: *Las recomendaciones básicas para la atención paliativa de los enfermos señalados así* (identificar necesidades multidimensionales, practicar un Modelo de Atención impecable, Elaborar un Plan Terapéutico Multidimensional y Sistemático, identificar valores y preferencias del enfermo – ética clínica y planificación de necesidades anticipadas, involucrar a la familia y al cuidador principal, realizar gestión de caso, seguimiento, atenciones continuadas y urgentes, coordinación y acciones integradas de servicio). *Las recomendaciones básicas para evaluar y mejorar la calidad de la atención paliativa en los servicios de salud* (identificar y registrar los enfermos crónicos avanzados que pueden requerir atenciones paliativas, formación de los profesionales, practicar el trabajo interdisciplinar, atender al cuidador principal y la familia, mejorar la accesibilidad, permitir accesibilidad a las familias, entre otros, implementar coordinación y acciones

integradas sectorizadas, gestión de caso, atención planificada y programada, atención continuada y atención urgente. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

Las causas tienen que ver con enfermedades crónicas específicas: Cáncer, enfermedades neurológicas progresivas de alta frecuencia (AVC, demencia) o de baja frecuencia (ELA; EM), insuficiencias orgánicas (EPOC, ICC, hepatopatías crónicas graves, insuficiencia renal grave, etc.), enfermedades crónicas de baja prevalencia y alta complejidad (como, por ejemplo en pediatría), descompensaciones de otras enfermedades. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

Además existen situaciones frecuentes de la presencia de la comorbilidad, la fragilidad y los síndromes geriátricos asociados al envejecimiento y la dependencia.

Por todo lo expuesto, justifica y valida la utilización del instrumento NECPAL, en la presente investigación. Es válido hacer referencia a las enfermedades que busca identificar el instrumento NECPAL, y entre ellas se encuentran:

**Enfermedad oncológica:** diagnóstico de cáncer metastásico (estadio IV), neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica en estadio III, deterioro funcional significativo, síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar de optimizar tratamiento específico. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

**Enfermedad pulmonar crónica:** Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones, síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, pruebas respiratorias con criterios de obstrucción severa (FEV1 <30%) o criterios de déficit restrictivo severo (DLCO <40%), gasometría arterial basal (oxigenoterapia domiciliaria, insuficiencia cardíaca sintomática asociada, ingresos hospitalarios recurrentes > 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC). (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

**Enfermedad cardíaca crónica:** Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o coronaria extensa no revascularizable, disnea o angina de reposo o mínimos esfuerzos, síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, fracción de eyección severamente deprimida (<30%) o HTAP severa (Papsa > 60 mmHg), insuficiencia renal

asociada (FG <30 l/min), ingresos hospitalarios – insuficiencia cardiaca / cardiopatía isquémica recurrentes (> 3 el último año). (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

**Enfermedades neurológicas crónicas (1):** AVC: Durante la fase aguda y subaguda (<3 meses post – AVC), estado vegetativo persistente o de mínima conciencia > 3 días, fase crónica (> 3 meses Post -AVC), neumonía por aspiración, infección urinaria de vías altas, fiebre recurrente a pesar de antibióticos, úlceras por decúbito estadio 3-4 refractarias, o demencia de severidad post-AVC. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

**Enfermedades neurológicas crónicas (2) - ELA y enfermedades de motoneurona, esclerosis múltiple y enfermedad de Parkinson:** deterioro progresivo de la función física y/o cognitivas, síntomas complejos y difíciles de controlar, problemas del habla / aumento de dificultad para comunicarse, disfagia progresiva, neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

**Enfermedad hepática crónica grave:** Cirrosis avanzada estadio Child C, puntuación de MELD-Na > 30 con complicaciones médicas de ascitis refractaria, síndrome hepatorenal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente, candidatos no a trasplante, carcinoma hepatocelular estadio C o D (BCLC). (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

**Enfermedad renal crónica grave:** insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y/o trasplante. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

**Demencia:** incapacidad para vestirse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse, pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los [últimos 6 meses, múltiples ingresos > 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes (neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.), que contienen deterioro funcional y/o cognitivo. (NECPAL-CCOMS 3.0, 2016)

### **1.3. GUÍA - MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR**

El Ministerio de Salud del Ecuador, emitió un Manual de Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), en el año 2012, está sustentado en la Constitución Ecuatoriano del 2008, donde se plasmaron en un conjunto de principios y mandatos que reconocen los derechos fundamentales de la población. Además la salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del buen vivir.

Visto desde esta óptica la Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, en correspondencia con el marco constitucional del Plan Nacional del Buen Vivir 2009 -2013, donde se establecen políticas y metas que constituirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

Es importante la mirada social y multidimensional del proceso de salud – enfermedad, definido en un marco jurídico, legal vigente, que en décadas anteriores estuvo abandonado por los gobiernos de turno. Cabe señalar que la salud asumió cambios estructurales que permitan el fortalecimiento de la Autoridad sanitaria Nacional, el mejoramiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud, la reingeniería institucional pública y privada, la articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria, la reorientación al Modelo de Atención y gestión de Salud, en pos de lograr, la integralidad, calidad, equidad, con lo finalidad de conseguir impactos sociales que beneficien a la población. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

En el capítulo 3 numeral 3.3.7 considera un apartado relacionado a los Cuidados Paliativos que dice: Uno de los retos del MAIS-FC es incorporar el abordaje y servicios de cuidados paliativos.

El Manual de Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural del Ecuador indica: que los cuidados paliativos se orientan entre otros aspectos, a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el

acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida, sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren cuidados paliativos, que se deben prestar en los tres niveles de atención de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias en estrecha relación con la familia y la comunidad". (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

#### **1.4. FARMACOS EMPLEADOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Según OMS, 1996, el Comité de expertos en selección y uso de medicamentos esenciales recomienda, que, se consideren esenciales todos los fármacos citados en *Cancer Pain Relief: with a Guide to Opioid Availability*, 2a edición. Ginebra. Estos fármacos están incluidos en las secciones correspondientes de la Lista Modelo según su uso terapéutico.

Los cuidados paliativos involucran el alivio del dolor, síntomas como disnea, agitación y confusión, anorexia, estreñimiento, prurito, náusea y vómitos, e insomnio.

El alivio del dolor se puede lograr mediante fármacos y terapias neuroquirúrgicas, psicológicas y conductuales adecuadas a las necesidades de cada paciente. Cuando se realizan de forma adecuada y correcta, los enfermos con dolor oncológico pueden lograr un alivio eficaz. Se hace necesario tratar el dolor mediante una combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Cabe señalar que ciertos tipos de dolor responden adecuadamente a la combinación de un analgésico opiáceo y uno no opiáceo; otros tipos de dolor mejoran con la composición de un corticoide y un opiáceo. El dolor neuropático presenta una baja respuesta a los opiáceos y no opiáceos, pero se alivia con antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivos, los pacientes con cáncer sufren a menudo de ansiedad y depresión, por lo que pueden necesitar un fármaco psicotrópico además de un analgésico. (Organización Mundial de la Salud, 2007)

**Fármacos para el dolor oncológico.-** se puede tratar con analgésicos:

Por vía oral, se deben administrar por vía oral de ser posible; por vía rectal los supositorios son útiles en enfermos con disfagia, vómitos intratables u obstrucción gastrointestinal; La infusión subcutánea continúa es una vía alternativa. Los analgésicos resultan de mayor eficacia para prevenir el dolor que para mejorar un dolor establecido, por lo que las dosis se deben suministrar a intervalos regulares y reconocidos según el dolor del paciente; si el dolor aparece entre dosis, es recomendable administrar una dosis de ayuda, y la siguiente dosis se debe incrementar. (Organización Mundial de la Salud, 2007)

Se debe manejar según la escala, el primer paso es administrar un analgésico no opiáceo como el ácido acetilsalicílico, paracetamol o ibuprofeno, si es necesario con un fármaco adyuvante, si persiste el dolor, se aumenta un opiáceo como la codeína. Cuando esta combinación no logra aliviar el dolor, se debe sustituir por un opiáceo para el dolor moderado o grave como la morfina. (Organización Mundial de la Salud, 2007)

No hay dosis estándar para los fármacos opiáceos, se debe considerar de manera individual, no existe dosis estándar para los fármacos opiáceos, así el intervalo para la morfina oral es desde 5 mg hasta más de 100 mg cada 4 horas. (Organización Mundial de la Salud, 2007)

El tratamiento de los fármacos debe tratarse con mucha minuciosidad, así la primera y la última dosis del día debe estar relacionada con el tiempo de levantarse y acostarse del enfermo. Lo ideal es escribir toda la pauta farmacológica para el paciente y su familia, además se debe advertir al enfermo sobre los posibles efectos adversos. (OMS, 2006)

**Fármacos para el dolor neuropático.-** se puede suministrar un antidepresivo tricíclico, como la amitriptilina, o a un anticonvulsivo como la carbamacepina o el valproato sódico; la ketamina o la lidocaína por infusión intravenosa pueden ayudar en algunas condiciones. El dolor neuropático responde sólo parcialmente a los opiáceos, pero éstos se pueden considerar una alternativa en caso de fracaso de otras opciones, también puede ser necesario un corticoide, sobre todo para reducir la presión y aliviar el dolor en caso de compresión nerviosa. (Organización Mundial de la Salud, 2007)

## **1.5. ESCALAS UTILIZADAS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

### **Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS)**

El Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS), es un instrumento sencillo y de fácil realización, útil en pacientes oncológicos y paliativos que afectan a todas las facetas del paciente. Consiste en escalas visuales numéricas presentadas para anotar en una hoja impresa que exploran síntomas frecuentes de los enfermos de Cuidados Paliativos (dolor, astenia, anorexia, náuseas, somnolencia, ansiedad, depresión, dificultad para dormir, bienestar global y dificultad respiratoria y otros síntomas). (Red de Cuidados Paliativos, 2011)

Evalúa el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un periodo de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, una semana) según la condición del enfermo (hospitalizado, ambulatorio). Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma. (Red de Cuidados Paliativos, 2011)

Cada vez que se completan las escalas numéricas se transcriben los resultados a una gráfica. La gráfica del ESAS proporciona un perfil clínico de los síntomas a lo largo del tiempo. El ESAS fue desarrollado por el grupo de Edmonton en 1991 y se ha empleado sobre todo en pacientes que reciben Cuidados Paliativos. Puede ser realizado por el paciente o por la persona cuidadora. (Red de Cuidados Paliativos, 2011)

A partir de estos datos es posible construir una tabla de seguimiento del control de síntomas, y de este modo evaluar la utilidad de las medidas implementadas para paliar alguno de estos síntomas. Si no se puede utilizar la escala numérica, evaluar con escala categórica y asentar los valores de cada categoría. (Red de Cuidados Paliativos, 2011)

## CAPÍTULO II

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 2.1. OBJETIVOS

##### 2.1.1. Objetivo general:

- ✚ Evaluar el grado de implementación de la guía de práctica clínica de cuidados paliativos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y caracterizar los pacientes tributarios de cuidados paliativos en el centro de salud “Tierras Coloradas”.

##### 2.1.2. Objetivos específicos:

- ✚ Identificar el grado de implementación de la guía de Cuidados Paliativos en el centro de salud “Tierras Coloradas”.
- ✚ Describir el nivel conocimiento sobre Cuidados Paliativos de los médicos del centro de salud “Tierras Coloradas”.
- ✚ Identificar la prevalencia de necesidades de cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas en el centro de salud “Tierras Coloradas”.
- ✚ Caracterizar los pacientes tributarios de cuidados paliativos en el centro de salud “Tierras Coloradas”, en cuanto a datos sociodemográfico.
- ✚ Definir la presencia e intensidad de los síntomas en pacientes que requieren cuidados paliativos en el centro de salud “Tierras Coloradas”.

## **2.2. METODOLOGÍA**

### **2.1.1. Tipo de estudio**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, durante el primer semestre del 2019.

### **2.1.2. Universo:**

El universo de estudio estuvo constituido por el responsable administrativo del Centro de Salud "Tierras Coloradas", perteneciente al Distrito 11D01 de la zona 7. Dos médicos que trabajan en ese centro de salud, y 69 pacientes que estaban registrados con enfermedades crónicas que acuden a este Centro de Salud.

### **2.1.3. Muestra:**

De los 69 pacientes que estaban registrados con enfermedades crónicas que acuden al Centro de Salud de Tierras Coloradas; se consideraron criterios de inclusión y exclusión, para finalmente trabajar con 8 pacientes con enfermedades crónicas.

### **2.1.4. Criterios de inclusión:**

#### **Para los administrativos**

1. Ser responsable administrativo del centro de salud y que lleve mínimo tres meses en el cargo y acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

#### **Para los médicos**

1. Ser médico del centro de salud con un tiempo mínimo en el centro de tres meses.
2. Acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

#### **Para los pacientes:**

1. Aquellos en que el NECPAL evaluado por el médico sea positivo.

2. Acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

**Criterios de exclusión para los pacientes:**

1. Presencia de deterioro cognitivo severo.

**2.1.5. Operacionalización de las variables:**

<b>Variables para alcanzar el objetivo No. 1</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Categorías/ Rangos</b>
Existencia de la guía de cuidados paliativos	En el centro de salud existe en físico o en digital la guía de cuidados paliativos.	Cualitativa dicotómica nominal	Si No
Capacitación en cuidados paliativos	El responsable administrativo del centro ha recibido un conjunto de actividades orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes en cuidados paliativos.	Cualitativa dicotómica nominal	Si No
Programas capacitación	Existen programas de capacitación en el CS que incluyan conocimientos, habilidades y aptitudes en cuidados paliativos.	Cualitativa dicotómica nominal	Si No
Capacitaciones en CP	Número de capacitaciones en CP realizadas en un año.	Cuantitativa discreta	Número
Historia de CP	En el centro de salud existe y se usa la historia clínica de cuidados paliativos vigente en el MSP de Ecuador.	Cualitativa dicotómica nominal	Si No
Flujograma del modelo de cuidados	Está expuesto en el centro de salud la secuencia gráfica del modelo de integración de todos los	Cualitativa dicotómica nominal	Si No

paliativos del MSP	recursos de cuidados paliativos del MSP.		
Medicamentos esenciales en CP	La farmacia del centro de salud cuenta con medicamentos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población que requiere cuidados paliativos.	Cualitativa dicotómica nominal	Si No
Estimaciones de población con CP	Estimaciones anuales de población que requiere cuidados paliativos y sus necesidades de cobertura.	Cualitativa dicotómica nominal	Sí No
Equipo interdisciplinario de atención en CP	Personal del centro de salud que forma parte del equipo interdisciplinario de atención a las personas con enfermedades avanzadas que se enfoca en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, no tiene el objetivo de curar la enfermedad en sí.	Cualitativa politómica nominal	Médico con formación en CP básico. Enfermería con formación en CP básico. Psicología con formación en CP básico. Trabajo social con formación en CP básico.
Evaluación en la primera atención	Tiempo del que dispone el médico para la evaluación en la primera atención de un paciente.	Cuantitativa discreta	15 minutos 30 minutos 45 minutos 60 minutos
Coordinación entre los servicios asistenciales	Trabajo colaborativo entre los funcionarios de los distintos servicios asistenciales para garantizar el cuidado del paciente de manera continua durante las 24 horas del día, los 365 días del año.	Cualitativa dicotómica nominal	Si No

Disponibilidad de opioides	En el centro de salud se dispone de opioides para control de síntomas.	Cualitativa dicotómica nominal	Sí No
----------------------------	--	--------------------------------	----------

<b>Variables para alcanzar el objetivo No. 2</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Categorías/ Rangos</b>
Formación en cuidados paliativos	El personal médico cuenta con formación en Cuidados Paliativos.	Cualitativa dicotómica nominal	Si No
Especialidad	Identificación de la Especialidad Médica del funcionario médico operante.	Cualitativa politómica nominal	Médico general Médico familiar Pediatra Internista Gineco-obstetra
Guías de valoración para incluir pacientes en CP	Reconoce la guía de cuidados paliativos para inclusión de pacientes.	Cualitativa politómica nominal	ESAS NECPAL
Criterio de inclusión en el programa de CP	Identificación del criterio de inclusión de un paciente con una enfermedad avanzada y una expectativa de vida menor a un año.	Cualitativa politómica nominal	No necesita incluirlo en el programa. El tiempo de sobrevida. La presencia de síntomas. El tiempo de sobrevida y la presencia de síntomas.
Código CIE 10 para CP	Código del CIE 10 utilizado para la atención paliativa.	Cualitativa politómica nominal	Z 21 Z 51.5 Z 52.1

			Z 50.4
Toma de decisiones	Toma de decisiones ante dilemas éticos de acuerdo a valores de la familia.	Cualitativa politómica nominal	Transfundir en el domicilio.  Brindar apoyo emocional, espiritual y alivio del sufrimiento.  Refiere al hospital.
Escala Edmonton para valoración de síntomas	Número de síntomas valorados a través de la escala de Edmonton.	Cuantitativa discreta	1 al 10
Indicación de opioides	Opioides preferentes para alivio del dolor severo.	Cualitativa politómica nominal	Codeína  Tramadol  Hidrocodona  Morfina
Indicación de opioides	Opioides preferentes para alivio del dolor oncológico basal continuo.	Cualitativa politómica nominal	Morfina solo en caso de dolor:  Morfina cada 4h fijo.  Morfina cada 4 h más dosis de rescate.
Uso de morfina	Indicación de morfina al final de la vida.	Cualitativa politómica nominal	Dolor  Sedación paliativa  Disnea  Dolor y disnea
Vía para la hidratación	Vía de administración de líquidos para tratar a pacientes al final de la vida deshidratados en el domicilio.	Cualitativa politómica nominal	Oral  Subcutánea  Intravenosa
Tratamiento de astenia-	Tratamiento recomendado de acuerdo a la guía de CP.	Cualitativa politómica nominal	Dexametasona  Amitriptilina

anorexia-caquexia			Cannabinoide Metilfenidato
Tratamiento de delirium	Tratamiento recomendado de acuerdo a la guía de CP.	Cualitativa nominal	politómica Haloperidol Risperidona Olanzapina Amitriptilina
Tratamiento del estreñimiento	Tratamiento recomendado de acuerdo a la guía de CP.	Cualitativa nominal	politómica Senna Docusato Bisacodilo Glicerina
Tratamiento de estertores premortem	Uso de medicamentos en la fase de agonía para tratar los estertores premortem.	Cualitativa nominal	politómica Bromuro de hioscina Morfina Aminofilina Bromuro de Ipratropio
Tratamiento de disnea refractaria	Indicación para el tratamiento de un paciente con disnea refractaria.	Cualitativa nominal	politómica Morfina Oxigeno Sedación paliativa
Conocimiento sobre el duelo patológico	Reconocimiento del duelo patológico.	Cualitativa nominal	politómica Depresión Ansiedad Duelo patológico
Evaluación psicosocial del paciente y su familia	Aspectos que se tienen en cuenta en la evaluación psicosocial del paciente y su familia.	Cualitativa nominal	politómica Impacto de la enfermedad Estilos de afrontamiento Recursos espirituales
Capacitación en las urgencias de CP	El personal médico se encuentra capacitado en urgencias de Cuidados Paliativos.	Cualitativa nominal	dicotómica Si No

Capacitación en apoyo psicosocial y espiritual	El personal médico se encuentra capacitado en brindar apoyo psicosocial y espiritual a la familia paciente.	Cualitativa dicotómica nominal	Si No
--	---	--------------------------------	----------

<b>Variables para alcanzar el objetivo No. 3</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Categorías/ Rangos</b>
Necesidad de cuidados paliativos	El paciente con enfermedad crónica avanzada requiere de atención enfocada en aliviar el sufrimiento y mejorar su calidad de vida, así como la de sus familias, sin el objetivo de curar la enfermedad en sí y el medico no se sorprende de que este pueda fallecer en los próximos doce meses.	Cualitativa dicotómica nominal	Si No

<b>Variables para alcanzar el objetivo No. 4 y 5</b>			
<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Categorías/ Rangos</b>
Edad	Años cumplidos al momento de la investigación, según fecha de nacimiento.	Cuantitativa discreta	Escribir la edad en años.
Sexo	Condición biológica de la persona independientemente de su identificación de género.	Cualitativa Dicotómica nominal	Hombre Mujer
Escolaridad	Último grado académico que ha alcanzado con aprobación.	Cualitativa politómica ordinal	Ninguno Inicial I y II Educación Básica Elemental Educación Básica media

			Educación Básica superior Bachillerato Superior Posgrado
Estado civil	Situación de las personas físicas y se determina por sus relaciones de familia, que nacen del matrimonio o del parentesco y establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa nominal	politómica Soltero Unión de hecho Casado Divorciado Viudo
Ocupación	Actividad que realiza para el sustento diario.	Cualitativa nominal	politómica Jubilado Trabajo tiempo medio Trabajo tiempo completo Quehaceres domésticos Desempleado
Autoidentificación	Autoidentificación según su cultura y costumbres.	Cualitativa nominal	politómica Indígena Afroecuatoriano/Afrodescendiente Negro Mulato Montubio Mestizo Blanco Otro
Tipo de enfermedad	Patología que ha sido diagnosticado al momento de la investigación.	Cualitativa Nominal	politómica Enfermedad oncológica.

			<p>Insuficiencia renal crónica.</p> <p>Enfermedad hepática crónica grave.</p> <p>Enfermedad Pulmonar crónica.</p> <p>Enfermedad cardiaca crónica.</p> <p>Enfermedad neurológica.</p> <p>VIH.</p>
Tiempo de diagnóstico	Periodo en años y/o meses, desde que el paciente es diagnosticado de la enfermedad hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa continua	Tiempo en años (número)
Intensidad de síntomas	Listado de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, 1 semana), según la condición del paciente.	Cualitativa politómica ordinal	<p>Cada ítem se valora de 0 a 10</p> <p>Dolor</p> <p>cansancio</p> <p>Nauseas</p> <p>Depresión</p> <p>Ansiedad</p> <p>Somnolencia</p> <p>Apetito</p> <p>Bienestar</p> <p>Falta de aire</p> <p>Dificultad para dormir</p>

## **2.1.6. Métodos Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

### **Métodos de recolección**

Para determinar el grado de implementación de la Guía de Cuidados Paliativos y el impacto en los pacientes que han recibido atención acorde a los lineamientos de la guía, se aplicó una encuesta estructurada al responsable administrativo del centro de salud, elaborada por los autores, basadas en los lineamientos de la Guía de Práctica clínica en Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud del Ecuador, constituida por 17 preguntas (15 preguntas cerradas y dos abiertas), las 7 primeras preguntas fueron de índole general, 8 en las que se midió la implementación y dos que eran abiertas para que expresara el por qué no se cumplía con lo establecido en la guía. Esta encuesta fue auto aplicada en el mismo centro de salud y el encuestado demoró 5 minutos en responderla (anexo 4).

Se estableció el grado de implementación a través de una escala, que comprendió las preguntas 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15 y 17, cada una de las preguntas tenía un valor de un punto, excepto la pregunta 13, que, al contar con cuatro opciones de respuestas, a cada una se le asignó el valor de 0,25. Se consideró que el grado de implementación era alto, si la puntuación obtenida estaba entre 7 u 8, medio si la puntuación obtenida era entre 5 o 6 y baja si estaba entre 4 y 0.

Para lograr el objetivo 2, se aplicó a los médicos que laboran en el centro de salud, un cuestionario constituido por 22 preguntas, las tres primeras generales, 18 preguntas cerradas y una abierta. Este cuestionario fue elaborado de igual forma por los autores (anexo 5), fue auto aplicado, el tiempo utilizado para responder fue de 10 minutos y no interfirió con las labores del profesional. Se estableció que el nivel de conocimientos era alto cuando la puntuación era entre 7 y 10, medio de 4 a 6 y bajo entre 1 a 3.

Para alcanzar el objetivo 3 se aplicó por parte del entrevistador en el centro de salud, el instrumento NECPAL-ICO (anexo 6) a los médicos, este fue aplicado por cada paciente registrado con enfermedad crónica.

Para dar salida al objetivo 4, se aplicó en el domicilio del paciente, la herramienta de Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS), con información adicional relacionada con variables demográficas y epidemiológicas. Siempre cuidando de no

interferir las horas de descanso y alimentación del paciente y respetando la privacidad del mismo. Este fue aplicado por el encuestador.

La herramienta ESAS (anexo 7), contiene un listado de 10 escalas numéricas que permitieron evaluar el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo de 1 semana, porque la condición de los pacientes así lo permitió, pidiéndole a la persona que seleccionara el número que mejor indicara la intensidad de cada síntoma, donde cero equivale a ausencia de dolor y 10 a máxima intensidad del síntoma, cambiando en sensación de bienestar, donde cero es máxima plenitud de bienestar y 10 ausencia de bienestar. De igual forma esta escala se interpreta, 0 ausente, de 1 a 3 leve, 4 a 6 moderado y de 7 a 10 severo.

#### **2.1.7. Plan de tabulación de datos**

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa SPSS versión 23, todas las pruebas estadísticas se utilizaron con nivel de significación del 5%.

Para el objetivo 1 se estimó un score que permitió establecer el grado de adherencia a las guías y a partir de esto se calculará medidas de tendencia central y dispersión.

Para el objetivo 2, se calcularon frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central como media con desviación estándar o medianas. Se establecieron medidas de asociación entre el nivel de conocimiento y el grado de adherencia por prueba Ji cuadrado. Para el objetivo 3 y 4 se estimaron frecuencias absolutas y relativas y para estimar la asociación de la positividad del NECPAL y la intensidad de los síntomas con el grado de conocimiento y adherencia se usaron prueba Ji cuadrado y razones de prevalencia.

#### **Aspectos éticos**

El estudio es catalogado como "Sin riesgo" ya que no se realizaron intervenciones que implicaron modificación de variables, ni se abordaron temas sensibles de la conducta. Se siguieron los principios contenidos en la Declaración de Helsinki (2012) y en las pautas establecidas por el grupo CIOMS de la Organización Mundial de la Salud (2015). Ésta se

ejecutó tomando en consideración los principios de beneficencia y no maleficencia, justicia y autonomía.

El estudio forma parte de una investigación desarrollada en los centros de salud de la zona 7, para ello se solicitó autorización al coordinador zonal de salud (Anexo 1).

Una vez que se obtuvo la autorización por parte del Coordinador Zonal, a la persona que cumplió con los criterios de inclusión se le informó de la naturaleza y los objetivos del estudio, de que no corría ningún riesgo al participar y que tenía el derecho de retirarse en cualquier momento del estudio, sin que esto afectara ni vulnerara de ninguna forma sus derechos como ciudadano, además se le solicitó su consentimiento para participar (Anexo 2).

Los nombres y datos personales de los sujetos de investigación, así como del Centro de Salud fueron tratados bajo extrema confidencialidad, a cada uno de ellos se le asignó un código para almacenar en una base de datos, custodiada por el responsable de la investigación, hasta la publicación de los resultados. De esta forma se garantiza la confidencialidad de su información en el análisis y resultados del proyecto. A los datos recolectados tuvo acceso solo el investigador principal, y el alumno tesis

## CAPÍTULO III

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS

A continuación, se exponen los principales resultados obtenidos mediante la aplicación de los diferentes instrumentos.

En cuanto al objetivo 1 se obtuvo que el director del Centro de salud participante en la investigación lleva un año en el cargo, es especialista en medicina familiar y cuenta con capacitación en cuidados paliativos. Es de destacar que esta capacitación obedece a la capacitación recibida por el Ministerio de Salud. Además, en el centro de salud existe la Guía de práctica clínica de cuidados Paliativos vigente por el MSP de Ecuador y se capacita anualmente mediante un programa relacionado a los cuidados paliativos.

Al estimar el score, el grado de implementación de la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos fue bajo, obteniéndose una puntuación de 2,50. Este resultado se obtuvo porque se ha desarrollado el flujograma del modelo de cuidados Paliativos del MSP y se han realizado las estimaciones anuales de la población que requiere cuidados paliativos y sus necesidades de cobertura y el equipo interdisciplinario de atención paliativa, este Centro de salud cuenta únicamente con un médico y una enfermera.

El responsable administrativo reconoce que no se cuenta con la historia clínica de cuidados paliativos, tampoco con los medicamentos esenciales recomendados por la OMS para la atención de estos pacientes, atribuyéndole esto a los escasos de recursos y limitada capacidad de recursos.

El tiempo de que dispone el médico para realizar la evaluación de primera atención en consulta externa de un paciente con necesidades paliativas es de 30 minutos. No se asegura la continuidad del cuidado durante las 24 horas, los 365 días del año, porque no existe coordinación entre los distintos servicios asistenciales ni dentro del equipo interdisciplinario. Además, en este centro de salud no existe disponibilidad de opioides que ayuden al control de síntomas.

Al explorar el grado de conocimiento sobre la Guía de Práctica Clínica de Cuidados paliativos (objetivo 2), que tenían los dos médicos del centro de salud Tierras coloradas, se encontró que uno era especialista en medicina familiar y el otro médico general. El especialista refirió conocer la Guía, y poseer información sobre cuidados paliativos y que en el centro existía la guía, sin embargo, el otro médico refirió no conocer la guía, no contar con información sobre CP y que no existe la GCP en el centro de salud.

Ninguno de los dos utiliza el NECPAL para incluir a los pacientes en el programa de CP, no conocen el instrumento que se debe utilizar según la GCP para predicción de supervivencia, reconocieron que no cuentan con la historia clínica de cuidados paliativos, pero conocen el código CIE 10 para CP.

Solo el especialista conoce que la escala ESAS valora 10 síntomas. Ambos refieren que la GCP indica que se debe utilizar el tramadol para el tratamiento del dolor severo y que el dolor oncológico basal continuo se debe con Morfina cada 4 h fijo. El especialista reconoce que la GCP sugiere utilizar la morfina al final de la vida en el tratamiento del dolor y la disnea, el otro médico no.

Ninguno reconoce que la vía de elección para tratar en el domicilio la deshidratación severa en un paciente al final de la vida es la subcutánea, coinciden que es la intravenosa, tampoco cual es el tratamiento recomendado por la GCP para la astenia, anorexia y caquexia, así como para el delirium y el estreñimiento.

El especialista reconoce que el Bromuro de Hioscina es el medicamento recomendado para tratar los estertores premortem, sin embargo, no conoce que la sedación paliativa es el tratamiento recomendado para la disnea refractaria, a diferencia del médico general que no conoce cuál es el tratamiento de los estertores premortem y si el de la disnea refractaria.

Ambos profesionales reconocen el duelo patológico, refieren que la evaluación psicosocial del paciente y su familia, incluye el impacto de la enfermedad, los estilos de afrontamiento y los recursos espirituales.

El especialista considera estar capacitado en el diagnóstico y manejo de las urgencias de CP, según indicaciones de la GPCCP y para brindar apoyo psicosocial y espiritual al paciente y su familia, mientras que el otro médico no.

Dando salida al objetivo 3, se identificó que el número de pacientes con enfermedades crónicas en el centro de salud participante en el estudio fue de 69, solo 8 de ellos tuvieron NECPAL positivo, es decir que según criterio de sus médicos a través de la aplicación del NECPAL necesitaban cuidados paliativos, lo que representa una prevalencia de 11, 59%.

Para dar salida al objetivo 4 se exploraron varias categorías. En la Tabla 1, se observa la distribución de los pacientes según la edad, predominando los mayores de 60 años. La edad media fue de 57,5 años, con una desviación estándar de 15,04 años.

En la Tabla 1, se observa la distribución de los pacientes según la edad, predominando los mayores de 60 años. La edad media fue de 57,5 años, con una desviación estándar de 15,04 años.

Tabla 1. *Distribución de la población según edad*

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
35 años	1	12,5
39 años	1	12,5
45 años	1	12,5
63 años	1	12,5
65 años	1	12,5
67 años	1	12,5
73 años	2	25
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento

Elaborado por: Álvaro E. Bravo

De los 8 sujetos estudiados, 5 eran mujeres, los 8 se autoidentificaron como mestizos.

El nivel de escolaridad que caracterizó a la población fue bajo, 5 de los 8 habían alcanzado el nivel primario y 3 no tenían ninguna escolaridad. La mitad de ellos eran viudos.

La ocupación fue otra de las variables estudiadas, 7 de ellos tenían ocupación previa a la enfermedad, sin embargo, la totalidad se encontraban sin ocupación en el momento de la investigación y todos se lo atribuían a la enfermedad.

Otra de las variables que se tuvieron en cuenta para caracterizar a la población estudiada, fue el tipo de enfermedad crónica avanzada que presentaban, comportándose como se representa en la Tabla 2.

En los hombres, 2 presentaban Insuficiencia Cardíaca, 1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y otra una enfermedad neurológica. Mientras que, en las mujeres, 2 de ellas tenían enfermedad oncológica, 1 insuficiencia renal crónica, otra insuficiencia cardíaca y otra enfermedad neurológica.

Tabla 2. *Tipo de enfermedad crónica avanzada*

<i>Tipo de enfermedad</i>		SEXO				Total	
		Hombre		Mujer			
		F	%	F	%	f	%
Oncológica	Si	0	0	2	25	2	25
Enfermedad renal crónica	Si	0	0	1	12,5	1	12,5
Hepatitis	Si	0	0	0	0	0	0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Si	1	12,5	0	0	1	12,5
Insuficiencia cardíaca	Si	2	25	1	12,5	3	37,5
Enfermedad neuromuscular	Si	0	0	1	12,5	1	12,5
Virus de inmunodeficiencia adquirida	Si	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento

Elaborado por: Álvaro E. Bravo

Se ha comprobado posibles asociaciones entre las distintas variables consideradas, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en ningún caso, como era de esperar dado el escaso número de efectivos poblacionales incluidos en el estudio

Al analizar el ESAS se encontró que:

Al analizar el ESAS según la escala preestablecida, en la Tabla 1, se observa que más de la tercera parte de los sujetos encuestados refirieron presentar dolor, 4 de ellos consideraron que el dolor era severo.

En cuanto al cansancio los 8 pacientes refirieron presentarlo, la mitad lo catalogó como moderado y la otra mitad severo.

La somnolencia estuvo presente en 7 de los 8 participantes, 4 de ellos lo consideró de intensidad moderada.

En la variable náuseas, 6 de 8 pacientes refirió presentarla en una intensidad moderada.

Los 8 pacientes presentaban pérdida de apetito, 7 de ellos moderado.

La dificultad para respirar estuvo presente en 7 de los 8 pacientes, 3 de ellos consideró que este síntoma era moderado e igual cantidad intenso.

La depresión estuvo presente en los 8 entrevistados, 6 de ellos consideró que era moderada, igual comportamiento tuvo la ansiedad.

Los 8 participantes presentaron dificultad para dormir, 5 de ellos consideró que este síntoma era severo.

En cuanto a la sensación de bienestar 5 sujetos de estudio consideró que era plena.

Tabla 3. *Presencia de síntomas e intensidad*

Síntoma	f	%	F	%	f	%	f	%	Total f	Total %
	Ausente	-	Leve	-	Moderado	-	Severo			
Dolor	1	12,5	0	0	3	37,5	4	50	8	100
Cansancio	0	0	0	0	4	50	4	50	8	100
Somnolencia	1	12,5	1	12,5	4	50	2	25		100
Náuseas	2	25	0	0	6	75	0	0	8	100
Falta de apetito	0	0	1	12,5	7	87,5	0	0	8	100
Dificultad para respirar	1	12,5	3	37,5	1	12,5	3	37,5	8	100
Depresión	0	0	0	0	6	75	2	25	8	100
Ansiedad	0	0	0	0	6	75	2	25	8	100
Dificultad para dormir	0	0	0	0	3	37,5	5	62,5	8	100
Sensación de bienestar	0	0	0	0	3	37,5	5	62,5	8	100

Fuente: Instrumento

Elaborado por: Álvaro E. Bravo

Se ha comprobado posibles asociaciones entre las distintas variables consideradas, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en ningún caso, como era de esperar dado el escaso número de efectivos poblacionales incluidos en el estudio.

## DISCUSIÓN

Los datos obtenidos luego de aplicar el instrumento, vemos, que este resultado era el esperado, por los cambios demográficos que vienen ocurriendo de manera paulatina en el mundo y que no es ajeno a América Latina, trayendo consigo el incremento de las personas mayores de 60 años (Rodríguez, Ayala, Ortiz, Ordoñez, Fabelo e Iglesias, 2019). Además, porque según el INEC (2012), en el último censo de población en Ecuador, la expectativa de vida era de 75,2 años y por ende todo este panorama trae consigo un incremento de una población con predominio de limitaciones funcionales, y enfermedades crónicas (otros, 2019).

Así mismo la (CEPAL/CELADE, 2002) y la (Organización Mundial de la Salud, 2014), consideraron que el predominio de las mujeres es una característica distintiva que se acompaña de una mortalidad diferenciada por el sexo, con mayor esperanza de vida para las mujeres, viviendo seis años más, en promedio, que los hombres.

El hecho de que el nivel de escolaridad sea bajo en la población estudiada, concuerda con lo encontrado por Rodríguez y otros (2019), en una población de la misma localidad, así mismo en la Agenda de Igualdad para los Adultos Mayores (2012), se reconoce que en el país aún existe analfabetismo, mientras que la (UNESCO, 2014), señaló que aún sigue siendo muy heterogénea la brecha existente en el nivel educacional de la población de la región, lo que se relaciona con el nivel socioeconómico, la ubicación geográfica la etnia. El autor de esta investigación atribuye el resultado obtenido a lo anterior.

En referencia al tipo de enfermedades crónicas, en el presente estudio vemos que existe un mayor porcentaje de enfermedades relacionadas a insuficiencia cardiaca con el 37,5%, enfermedades oncológicas 25% y el restante 37,5% en otras enfermedades crónicas, las enfermedades oncológicas se coinciden con los datos estadísticos del (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014), en el cual la segunda causa de muerte en el Ecuador en personas de más de 60 años son las enfermedades oncológicas, con el 10,15% del total de la población del Ecuador, además coincide con los estudios realizados por la (Organización Mundial de la Salud, 2014), siendo la segunda causa de muerte en el mundo en las personas de más de 60 años es el cáncer (oncológico).

Así mismo los resultados de tipos de enfermedades crónicas no coinciden con los resultados obtenidos en la investigación, evolución de la calidad de atención en cuidados paliativos desde la perspectiva del paciente, realizado en el Hospicio San Camilo, (Noboa, 2016); donde el predominio tipo de enfermedades crónicas en primer lugar se halla las enfermedades oncológicas con el 71,4% y el 28,6% a otros tipos de enfermedades.

En 2010 la tasa de mortalidad en adultos mayores (65 años de edad y más) fue de 35,6 por 1.000 habitantes de ese grupo etario el 50,9% fueron en hombres. Las principales causas de muerte incluyeron neumonía, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca e infarto agudo de miocardio, en términos generales, los tipos de enfermedades coinciden con el estudio Ecuador, 2010.

Así mismo en el trabajo presentado por (E, 2017) Santos, 2017, denominado Enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores del Centro de Salud de Ambuqui, 2016, Ibarra – Ecuador donde existen algunas coincidencias con respecto al tipo de enfermedades crónicas en adultos de más de 60 años; así pues, los resultados predominantes en los adultos mayores de esta comunidad son las cardiovasculares, específicamente la hipertensión arterial (34%). El 29% de estos tienen que cargar con poli patologías, como por ejemplo hipertensión arterial y diabetes o hipertensión arterial y enfermedades osteoarticulares o neurológicas. El 31% padecen enfermedades de tipo metabólicas (diabetes mellitus tipo 1 y 2, obesidad y dislipidemias), respiratorias como la EPOC y osteoarticulares como la artritis y osteoporosis. Solo el 13% de los adultos mayores no padecen ninguna enfermedad crónica no transmisible. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por (Libre, 20011), en el estudio titulado “Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores”, en el cual la hipertensión arterial constituyó la enfermedad de mayor frecuencia en adultos mayores de La Habana, seguido por la diabetes mellitus.

En Chile, al igual que en el resto del mundo la población envejece progresivamente y las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la principal causa de mortalidad, estos pacientes son portadores de patologías crónicas en fases avanzadas, tanto oncológicas como no oncológicas, presentan múltiples síntomas físicos y psicológicos que producen un significativo deterioro de su calidad de vida. (Palma & Ríos, 2008), en el estudio denominado frecuencia y pesquisa de síntomas en pacientes crónicos en fases avanzadas en un hospital clínico.

En este estudio se determinó una alta frecuencia de síntomas físicos y psicológicos, destacando cansancio (77,8%), anorexia (75,6%), dolor (73,3%), insomnio (73,3%), nerviosismo (68,9%) y somnolencia (68,9%), entre los más frecuentes. El porcentaje de síntomas catalogados como moderados o severos por los pacientes (entre 4 y 10 según la EVN de 0 a 10 utilizada) fluctuó entre 31% y 55% en la mayoría de los casos. Cabe señalar que en la mayoría de los resultados de este estudio coinciden con los resultados de la investigación realizada en el Centro de Salud de Tierras Coloradas de la ciudad de Loja.

Los resultados de nuestro estudio 6 casos con depresión moderada y 2 con depresión severa, concuerdan con los realizados por la American Psychocological Association, 2014, donde expresa que existen muchos tipos de enfermedades crónicas, desde la diabetes y el SIDA hasta la artritis y el cansancio persistente, muchas víctimas siguen enfrentando un desafío asombroso para su salud mental y emocional (depresión), como uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada con una enfermedad crónica.

Las enfermedades crónicas presentan con mucha frecuencia una serie de síntomas y las alteraciones funcionales, para ello se llevó a cabo un estudio de corte transversal para identificar los síntomas principales y las alteraciones funcionales en pacientes neurológicos de un centro de referencia colombiano para manejo de rehabilitación. Se encontraron como síntomas y alteraciones funcionales más frecuentes: alteraciones de la marcha (65,5%), desórdenes de comunicación (36,98%), alteraciones emocionales y de memoria (38%), dolor (29,45%) y alteraciones en las actividades básicas cotidianas (24,3%). El 50% de los pacientes que reportaron dolor, el 30% de los que manifestaron insomnio y el 80% de los que refirieron estreñimiento no recibieron tratamiento en la primera consulta. Algunos de los síntomas identificados no son características que definen la enfermedad, y no siempre son objeto de intervención. (León, Flores y otros, 2016)

Los resultados de este estudio afianza a los datos obtenidos en la investigación, y sus prevalencias en cuanto a la evaluación de los síntomas, ya que contribuyen a reconocer la carga de los síntomas de las enfermedades crónicas, para sensibilizar a los profesionales de la salud acerca de la importancia del cuidado paliativo en pacientes con enfermedades progresivas no oncológicas.

## CONCLUSIONES

- ✚ El grado de implementación de la guía de práctica Clínica de Cuidados Paliativos en el Centro de Salud de “Tierras Coloradas” es bajo.
- ✚ Los médicos del centro de salud “Tierras Coloradas” poseen un poco conocimiento acerca de la Guía de práctica Clínica de Cuidados Paliativos, ya que no manejan los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Además no manejan fármacos de uso delicado, ya que el Centro de Salud de Tierras Coloradas no posee estos.
- ✚ La Prevalencia de pacientes que necesitan cuidados paliativos que acuden al Centro de Salud de Tierras Coloradas es baja, debido a que los pacientes tienen menos de cuarenta meses con la enfermedad crónica, en la mayoría están con la enfermedad alrededor de 12 meses.
- ✚ Los sujetos estudiados se caracterizaron por ser predominantes mayores de 60 años, mujeres, con nivel de escolaridad bajo y viudos, las enfermedades crónicas que prevalecen son insuficiencia cardiaca y enfermedades oncológicas.
- ✚ Todos los pacientes estaban sintomáticos, catalogando los síntomas que presentaban en moderados e intensos.
- ✚ La limitación del estudio fue que el número de efectivos poblacionales incluidos en el estudio fue escaso, al final 8 pacientes.

## RECOMENDACIONES

- ✚ Debido a que la población geriátrica aumenta de manera acelerada, así como las enfermedades crónicas y con ello el número de personas con discapacidad es necesario que los tomadores de decisiones en materia de salud pública, así como los prestadores de la atención estén capacitados en cuidados paliativos, en la GPCCP, para garantizar su adecuada implementación y poder brindar una atención continua y de calidad a los pacientes que requieren este tipo de cuidados, controlando los síntomas y garantizando una mejor calidad de vida.
- ✚ Se deben ofertar cursos de capacitación en cuidados paliativos al personal médico de los diversos Centros de Salud del país desde el pregrado y en formación continua.
- ✚ Es importante realizar un diagnóstico temprano y oportuno de los diferentes síndromes que afectan a los adultos mayores, y sobretodo prevenirlos especialmente en los Centros de Atención que cuentan con el personal calificado para hacerlo.
- ✚ Es necesario que en los centros de salud se cuente con los medicamentos esenciales de CP dispuestos para el primer nivel de atención para que se pueda prescribir y lograr un alivio de síntomas de manera casi inmediata.
- ✚ En próximos estudios debe considerarse poblaciones más grandes para poder obtener resultados más significativos.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- American Cancer Society. (2019). *Una guía sobre cuidado paliativo o de apoyo*. Obtenido de American Cancer Society: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/guia-de-cuidado-de-apoyo.html>
- Antequera, J. &. (2006). Ética En Cuidados Paliativos. En *Ética en Cuidados Paliativos*.
- Berengel, D. &. (2013). Los Cuidados Paliativos. En *Los Cuidados paliativos: Introducción*.
- CEPAL/CELADE. (2002). *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe*. Obtenido de Datos e indicadores:  
[https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin\\_envejecimiento.PDF](https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF)
- Cortés, C. S. (2015). Obtenido de <http://doi.org/10.1017/CbO9781741524.004>
- E, S. (2017). *Enfermedades crónicas no trasmisibles en adultos mayores del Centro de Salud de Ambuqui*. Ibarra.
- Hernández, R. &. (2015). *Obesidad: Una pandemia que afecta a la población infantil del siglo XXI*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/308752422\\_Obesidad\\_una\\_pandemia\\_que\\_afecta\\_a\\_la\\_poblacion\\_infantil\\_del\\_siglo\\_XXI](https://www.researchgate.net/publication/308752422_Obesidad_una_pandemia_que_afecta_a_la_poblacion_infantil_del_siglo_XXI)
- INEC. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Obtenido de ENSANUT-ECU : [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). *INEC*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/compendio-estadistico-2014/>
- International Association for the Study of Pain. (5 de Febrero de 2018). *IASP*. Obtenido de <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=6679>
- Llibre, J. (20011). *Comportamiento de las enfermedades crónicas no trasmisibles en adultos mayores*. La Habana.
- Luy M, G. R. (2014). Do women live longer or do men die earlier. En R. o. 60-143-53.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2012). *Agenda de igualdad para adultos mayores - Quito*. Obtenido de [http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas\\_ADULTOS1.pdf](http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS1.pdf)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). *Guía de Cuidados para el ciudadano*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GUIA%20CUIDADOS%20PALIATIVOS%20PARA%20CIUDADANO.pdf>
- NECPAL-CCOMS 3.0. (2016). *Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzada y pronóstico de vida, limitada en Servicios de Salud y Sociales*. Obtenido de

[http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu\\_s/NECPAL-3.0-ESPANOL\\_completo.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu_s/NECPAL-3.0-ESPANOL_completo.pdf)

- Noboa, M. &. (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. Período 2016.* Quito.
- OMS. (2019). *OMS: Cuidados paliativos.* Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención Sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente.* Obtenido de <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/csp27-10-s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Centro de prensa.* Obtenido de Las 10 causas principales de defunción en el mundo, 310, 10-12: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Enfermedades Crónicas.* Obtenido de [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Nueva publicación de la OPS describe Modelo de atención para abordar en forma integrada las enfermedades no transmisibles.* Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9012:2013-paho-who-advances-new-model-integrated-care-noncommunicable-diseases&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9012:2013-paho-who-advances-new-model-integrated-care-noncommunicable-diseases&Itemid=1926&lang=es)
- otros, R. &. (2019). *Caracterización de las condiciones de Salud en los adultos mayores en Centros Geriatricos de la ciudad de Loja.* Obtenido de Revista de Ciencias Médicas: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2019000100138&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000100138&lng=es&tlng=es)
- Red de Cuidados Paliativos. (2011). Escalas más utilizadas para determinar los cuidados paliativos.
- Río, M. &. (2007). Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo. En *boletín Escuela de Medicina U.C.* (págs. 17-22 Pontificia Universidad Católica de Chile).
- UNESCO. (2014). *Francia, América Latina y El Caribe.* Obtenido de Revisión Regional Educación para todos al 2015. Oficina regional de Educación para América Latina y El Caribe: [http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002327/23\\_2701s.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002327/23_2701s.pdf)

# ANEXOS

## Anexo 1. Autorización Coordinación Zonal

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Coordinación Zonal 7 – SALUD

Oficio Nro. MSP-CZ7-S-2019-0566-O

Loja, 04 de junio de 2019

Asunto: UTPL. Dra. Tamara Rodríguez, Solicita Autorización para desarrollar Investigación.

Doctora  
Tamara Rodríguez Quintana  
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Oficio Nro. 150 - EMFC-UTPL suscrito por su persona, en tal virtud previo el análisis y validación de requerimiento a implementarse en la Zonal 7-Salud, mediante archivo adjunto detallan lo siguiente:

*"La UTPL, solicita la Autorización a desarrollar una investigación con el objetivo de determinar el grado de implementación y el impacto en los pacientes que han recibido atención acorde a los lineamientos de la Guía de Cuidados Paliativos, de esta manera se pretende realizar una encuesta estructurada al personal responsable administrativo de los Centros de Salud y al personal operativo que labora en las diferentes unidades de salud que corresponde a la Dirección Zonal 7. Además se aplicará la herramienta de Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) a pacientes que requieren Cuidados Paliativos."*

Recordando los compromisos de la Universidad Técnica Particular de Loja con esta Coordinación de Salud, una vez desarrollado el proyecto indicando a continuación los mismos:

*" (...) Como valor agregado al desarrollar la investigación desarrollarán capacitaciones en Cuidados Paliativos, en Coordinación con la Universidad de Sevilla, misma será impartida a los prestadores de Salud de la Dirección Zonal."*

*" (...) Los resultados del estudio serán presentados a las autoridades Distrital y Zonal de Salud, además a través de las Publicaciones Científicas y la Participación de Congresos."*

Ante los antecedentes, previo el estudio se **AUTORIZA** la pertinencia del Proyecto por parte de la Coordinación Zonal de Salud, para el abordaje a las Direcciones Distritales que pertenecen a ésta Coordinación (El Oro, Loja y Zamora Chinchipe).

Se adjunta Matriz Validada de Cuidados Paliativos.

Santo Domingo de los Colorados entre Riobamba y Machala  
Loja – Ecuador • Código Postal: 110150 • Teléfono: 593 (07) 2570-584 • [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)



**UTPL**

Oficio N° 077 CTM - UTPL  
Loja, 28 de septiembre de 2016

*La Guacalo Armijos la  
cabe Mayor Gabriela Pachá  
esta autorizada para que  
desarrolle el trabajo de título  
Fórmula de Atención al Adulto Mayor de  
Atención al Adulto Mayor*



Ab. Tania García Córdova  
**DIRECTORA DEL PATRONATO MUNICIPAL DE AMPARO SOCIAL-LOJA**

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo y mi deseo de éxito en sus funciones.  
Me permito agradecerle por su valiosa colaboración en la formación académica  
de los estudiantes de la Titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular  
de Loja.

A la vez solicito de la manera más comedida autorice a quien corresponda  
para que se brinde el acceso al Departamento de Estadística a la estudiante:  
Mayra Beatriz Ordóñez Pachá. C: 11045163461 con el fin de que pueda realizar  
la recolección de datos y desarrollar el trabajo de fin de titulación que fue  
aprobada. El tema de tesis es el siguiente: **CARACTERIZACIÓN DE LAS  
CONDICIONES DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO MUNICIPAL DE  
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR N° 1, EN LA CIUDAD DE LOJA EN EL AÑO 2016.**

En agradecimiento a su gentil atención, me suscribo de usted, reiterándole mis  
sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dr. Victor Hugo Vaca Merino  
**COORDINADOR DE LA TITULACIÓN  
DE MEDICINA DE LA UTPL**

San Cayetano Año 2016  
Loja-Ecuador  
Tel: (084) 2 721 444 - ext. 3060  
informacion@utpl.edu.ec  
Avenida Piedad, 11-01-008  
www.utpl.edu.ec



09803627-79  
Mayra Ordóñez

## **Anexo 2. Consentimiento informado**

### **Información al entrevistado (a).**

Como parte del proceso de prestación de servicios sanitarios a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, la UTPL está realizando una investigación con el objetivo de establecer la asociación entre el grado de implementación de la guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud de Ecuador y la presencia e intensidad de los síntomas en pacientes de Cuidados Paliativos y que los resultados obtenidos contribuyan a mejorar la atención sanitaria que se le brinda a los pacientes que requieren cuidados paliativos.

Usted no corre ningún riesgo al aceptar participar. Se le brindará toda la información que necesite para la comprensión del estudio. Además, podrá retirarse del mismo en el momento que usted decida sin tener que dar explicaciones y sin que esto interfiera en la atención de salud que recibe.

### **Confiabilidad de la información**

La información que usted brinde, no tiene ninguna repercusión legal, los resultados se manejarán solamente con fines estadísticos y de investigación, serán publicados en una revista científica, pero en ningún momento se revelará ningún dato en el que usted pueda ser identificado, garantizando así la confidencialidad de los datos. Por tanto, rogamos a usted que responda con sinceridad.

### **Declaración y firma del entrevistado**

He recibido información suficiente por parte de los investigadores \_\_\_\_\_, quienes me han explicado en qué consistirá mi participación en la investigación. He podido hacer las preguntas que me preocupaban y entiendo la importancia de mi participación en este estudio. Por lo cual doy mi consentimiento para participar.

A los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del entrevistado

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

### Anexo 3. Cuestionario al responsable administrativo del Centro de Salud

1. ¿A qué cantón pertenece el Centro de Salud? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuántos años usted lleva como responsable administrativo del Centro de Salud? \_\_\_\_\_
3. ¿En el centro de salud existe la Guía de práctica clínica en cuidados paliativos?  
1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
4. Especifique su grado académico de más alto nivel aprobado:  
\_\_\_\_\_
5. ¿Usted ha recibido capacitación específica en cuidados paliativos en los últimos cinco años? 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
6. ¿De ser positiva su respuesta, aproximadamente de cuántas horas?  
\_\_\_\_\_
7. ¿Por parte de quién? 1. MSP \_\_\_\_\_ 2. Universidad \_\_\_\_\_ 3. Otros, cuáles \_\_\_\_\_
8. ¿En el centro de salud se cuenta con un programa de capacitación anual que incluyan los cuidados paliativos? 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
9. En caso de ser positiva su respuesta, ¿cuántas capacitaciones en CP se han realizado en un año? \_\_\_\_\_
10. ¿En el centro de salud existe la historia clínica de cuidados paliativos?  
1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
11. ¿Cuenta con los medicamentos esenciales de CP, sugeridos por la OMS?  
1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
12. Si la respuesta es negativa, ¿por qué?
13. La población que requiere cuidados paliativos en su centro de salud en el año 2018 fue de:
  1. Menos de 50
  2. 50 a 100
  3. 100 a 150
  4. Más de 150
14. El equipo interdisciplinario de CP, del centro de salud está integrado por:  
Médico con formación en CP básico 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_  
Enfermera con formación en CP básico 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_  
Psicólogo con formación en CP básico 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_  
Trabajo social con formación en CP básico 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_  
Fisioterapeuta 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
15. cuánto tiempo dispone el equipo de atención a CP para la evaluación de primera atención de un paciente con necesidades paliativas en la consulta externa es:
  1. 15 minutos
  2. 30 minutos
  3. 45 minutos
  4. 60 minutos
16. ¿Se realiza la coordinación entre los distintos servicios asistenciales para asegurar la continuidad del cuidado durante las 24 horas del día, los 365 días del año?  
1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. No sabe, no contesta \_\_\_\_\_
17. ¿En caso de ser negativa la respuesta, por qué?

#### Anexo 4. Cuestionario al personal de salud

1. ¿Usted ha recibido capacitación específica en cuidados paliativos en los últimos cinco años? 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
2. ¿De ser positiva su respuesta, aproximadamente de cuántas horas?  
\_\_\_\_\_
3. ¿Por parte de quién? 1. MSP \_\_\_\_\_ 2. Universidad \_\_\_\_\_ 3. Otros, cuáles \_\_\_\_\_
4. ¿Usted es especialista? 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es su especialidad? \_\_\_\_\_
6. Para incluir los pacientes en el programa de cuidados paliativos, la guía de CP recomienda el siguiente instrumento:
  1. ESAS
  2. NECPAL
  3. Karnofsky
  4. Pfeiffer
  5. Barthel
7. Ante un paciente con una enfermedad avanzada y una expectativa de vida menor a un año, Usted lo incluiría en el programa de CP:
  1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. No sabe, no contesta \_\_\_\_\_No necesita incluirlo en el programa
  1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_ 3. No sabe, no contesta \_\_\_\_\_
8. En caso de haber respondido afirmativamente la pregunta anterior, indique que criterio tendría en cuenta:
  1. El tiempo de sobrevida
  2. La presencia de síntomas
  3. El tiempo de sobrevida y la presencia de síntomas
9. El código del CIE 10 que usted utiliza para los cuidados paliativos es:
  1. Z 21
  2. Z 51.5
  3. Z 52.1
  4. Z 50.4
10. ¿Utiliza alguna escala pronóstica para predecir la supervivencia de un paciente en CP? 1. No \_\_\_\_\_ 2. No conoce ninguna escala \_\_\_\_\_ 3. Si \_\_\_\_\_, cuál \_\_\_\_\_

11. Ante un paciente con enfermedad avanzada en estado terminal, con un síndrome anémico severo, sangramiento por plaquetopenia y con un pronóstico vital de una semana, Ud. recomendaría:
1. Transfundir en el domicilio
  2. Brindar apoyo emocional, espiritual y alivio del sufrimiento
  3. Refiere al hospital
12. Cuando Ud. utiliza la escala de síntomas de Edmonton, ¿cuántos síntomas valora?
1. 0-3
  2. 4-6
  3. 7-10
13. ¿Utiliza alguna escala para valorar el dolor? No \_\_\_\_\_ No conoce \_\_\_\_\_  
Si \_\_\_\_\_, cuál \_\_\_\_\_
14. ¿Ante un paciente con dolor severo cual es el opioide que utiliza preferentemente?
1. Codeína
  2. Tramadol
  3. Hidrocodona
  4. Morfina
15. Un paciente con dolor oncológico basal continuo, usted le indicaría:
1. Morfina solo en caso de dolor:
  2. Morfina cada 4h fijo
  3. Morfina cada 4 h más dosis de rescate
16. Usted utilizaría morfina al final de la vida como tratamiento en:
1. Dolor
  2. Sedación paliativa
  3. Disnea
  4. Dolor y disnea
17. En pacientes al final de la vida, deshidratados en domicilio, ¿la vía de elección para hidratar es?
1. Oral
  2. Subcutánea
  3. Intravenosa
18. Para el tratamiento de la astenia-anorexia-caquexia la guía de CP recomienda:
1. Dexametasona
  2. Amitriptilina
  3. Cannabinoide
  4. Metilfenidato
19. Para el tratamiento del delirium el medicamento de elección según la guía de CP:

1. Haloperidol
2. Risperidona
3. Olanzapina
4. Amitriptilina

20. Para el estreñimiento por uso de opioides la guía de CP recomienda:

1. Senna
2. Docusato
3. Bisacodilo
4. Glicerina

21. En la fase de agonía que medicamento utiliza usted para tratar los estertores premortem:

1. Bromuro de hioscina
2. Morfina
3. Aminofilina
4. Bromuro de Ipratropio

22. En un paciente con disnea refractaria el tratamiento que usted indicaría sería:

1. Morfina
2. Oxígeno
3. Sedación paliativa

23. El familiar de un paciente ya fallecido hace 8 meses, se niega aceptar la realidad, siente que va a morir, que la vida no tiene sentido, se encuentra amargado y enfadado en relación al por qué murió su familiar. Para usted esta persona se encuentra atravesando por:

1. Depresión
2. Ansiedad
3. Duelo patológico

24. ¿La evaluación psicosocial del paciente y su familia, incluye los siguientes aspectos:

- |                          |            |            |
|--------------------------|------------|------------|
| Impacto de la enfermedad | 1. Si_____ | 2. No_____ |
| Estilos de afrontamiento | 1. Si_____ | 2. No_____ |
| Recursos espirituales    | 1. Si_____ | 2. No_____ |

25. ¿Considera Ud. que está capacitado en el diagnóstico y manejo de las urgencias de CP, según indicaciones de la práctica clínica de CP?

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

26. ¿Considera Ud. que está capacitado para brindar apoyo psicosocial y espiritual al paciente y su familia? 1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

**Anexo 5. Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS)**

¿Cuántos años tiene usted? \_\_\_\_\_

Sexo: M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_

¿Cuál es su escolaridad?

Ninguna\_\_\_\_\_ Básica\_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Superior\_\_\_\_\_

¿Cuál es su estado civil?

Soltero\_\_\_\_\_ Unión de hecho \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación anterior?

Jubilado \_\_\_ Trabajo medio tiempo \_\_\_\_\_ Trabajo tiempo completo \_\_\_\_\_

Quehaceres Domésticos \_\_\_\_\_ Desempleado\_\_\_\_\_

¿Actualmente usted se encuentra trabajando? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

De ser negativa su respuesta, ¿es por causa de la enfermedad? Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

¿Cómo se auto identifica usted?

Blanco \_\_\_\_\_ Mestizo \_\_\_\_\_ Indígena \_\_\_\_\_ Afro ecuatoriano \_\_\_\_\_

¿Indique a continuación qué enfermedad(es) crónica(s) o degenerativa(s) usted tiene?

<b>Enfermedad oncológica</b>	SI___	NO___
<b>Insuficiencia renal crónica</b>	SI___	NO___
<b>Enfermedad hepática crónica grave</b>	SI___	NO___
<b>Enfermedad Pulmonar crónica</b>	SI___	NO___
<b>Enfermedad cardiaca crónica</b>	SI___	NO___
<b>Enfermedad neurológica</b>	SI___	NO___
<b>VIH</b>	SI___	NO___

¿Cuál es el tiempo de diagnóstico de su enfermedad?

0-9\_\_\_\_\_ 10-19 \_\_\_\_\_ 20-29 \_\_\_\_\_ 30-39\_\_\_\_\_ 40 o más \_\_\_\_\_

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nada de dolor						El peor dolor que se pueda imaginar				
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

Nada agotado (cansancio, debilidad)						Lo más agotado que se pueda imaginar				
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nada somnoliento (adormitado)						Lo más somnoliento que se pueda imaginar				
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Sin nauseas						Las peores nauseas que se puedan imaginar				
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Ninguna pérdida de apetito						El peor apetito que se pueda imaginar				
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Ninguna dificultad para respirar						La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar				
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nada deprimido						Lo más deprimido que se pueda imaginar				
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)						Lo más ansioso que se pueda imaginar				
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Duermo perfectamente						La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar				
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

Sentirse perfectamente( <i>sensación de bienestar</i> )						Sentirse lo peor que se pueda imaginar				
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>