



UAGro

POSGRADO DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS



CONACYT

POSGRADO DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS
GENERACIÓN 2017-2018

TESINA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
CUIDADOS INTENSIVOS

**TITULO: "CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN
ESTADO CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA SANTIAGO, 2018"**

PRESENTA: Lic. en Enfría. BURGOS HERNÁNDEZ GRECIA ALEJANDRA

Director Interno: M.C.E. Norma Angélica Bernal Pérez Tejada

Director Externo: M.C.E. Petra Rodríguez Hernández

C.A.: 125: EDUACIÓN Y GESTIÓN EN FERMERÍA

L.G.A.C: CALIDAD DEL PROCESO DEL CUIDADO INTENSIVO AL PACIENTE EN
ESTADO CRÍTICO

ENERO 2019

Dedicatoria

A los que su vida ha estado en nuestras manos y a los que nuestra enseñanza ha estado en las suyas, respetuosamente.

A la inquebrantable fuerza de Catalina, la singularidad de Salvador, la disciplina de Eileen y la alegría de Sebastián, amorosamente.

Agradecimientos

A la M.C.E. Petra Rodríguez Hernández por el apoyo y la confianza, por tomarme de la mano con disciplina y tolerancia para la elaboración y defensa del presente trabajo.

A la Dra. En Enfermería Rocío Elizabeth Núñez Carrasco director de la Escuela de Enfermería de la Universidad Santiago de Chile, porque lo aprendido no se compara ni con las dimensiones de un aula de clases, porque atendió las necesidades profesionales, académicas, personales con amor, paciencia y entrega rompiendo las expectativas que un extraño puede generarse.

A la Universidad Santiago de Chile, por las facilidades y el aprendizaje.

A los amigos que llegan para no irse, a los que resisten la entrega que los profesionales de salud queremos dar a nuestro trabajo y formación y aun así son capaces de quedarse.

Al Arquitecto Yaín Heziquio García, por su fiel lealtad en todos los días de arduo trabajo e insomnio a marchas forzadas.

Índice

Portada.....	1
Dedicatoria.....	2
Agradecimientos.....	3
Índice.....	4
Introducción.....	6
Planteamiento del Problema.....	8
Objetivos.....	10
Justificación.....	11
Marco Teórico.....	13
I. Antecedentes.....	13
II. Marco Conceptual.....	22
III. Aspectos éticos y legales.....	54
Metodología de la Investigación.....	59
Resultados.....	61

Conclusiones.....	78
Recomendaciones.....	80
Anexos.....	81
Anexo I: Escalas usadas en la UCI.....	85
Anexo II: Cuestionario cuidados paliativos al paciente en estado crítico.....	83
Anexo III: Cronograma de Actividades.....	87
Trabajos Citados.....	88

Introducción

Los cuidados paliativos se iniciaron en la década de los sesenta en los países anglosajones con el movimiento Hospice con el objetivo inicial de conseguir que los pacientes dispusieran de los días que les quedaran conscientes y libres de dolor, con los síntomas controlados y rodeados del entorno más cálido posiblemente.

El objetivo primordial de todas las Unidades de Cuidados Intensivos es la atención a pacientes críticos agudos en situación de alta complejidad. El avance científico acompañado en gran medida del tecnológico en la atención del paciente en estado crítico ha mejorado de una manera espectacular en lo que se refiere a la supervivencia de los pacientes y en general en la práctica clínica, sin embargo aquellas intervenciones que requieren la atención al entorno lleno de estrés y sufrimiento carecen de cuidados específicos.

Desde el punto de vista social y cultural, estar hospitalizado en una terapia intensiva representa para el usuario incertidumbre, inseguridad, intranquilidad sobre qué es lo que va a pasar con la recuperación, el tratamiento y en la realidad clínica representa un considerable riesgo de morir. Es un proceso generador de estrés, ansiedad, sufrimiento y tristeza en el cuál las necesidades fisiológicas, emocionales, espirituales, psicológicas y familiares se ven afectadas de manera directa.

Existen programas a nivel mundial en el que se trata de incorporar el uso de cuidados específicos al final de la vida, cuidados paliativos que se brindan al paciente que se encuentra en una condición amenazante para la vida, sin embargo muchos profesionales que forman parte del equipo multidisciplinario no están capacitados y/o

educados para brindar atención en todas las deficiencias que se generan en un paciente en estado crítico.

Para determinar las mejoras y aspectos a resaltar es importante como primer paso conocer la situación en la que actualmente se encuentran las terapias intensivas. A continuación, el presente trabajo pretende describir los cuidados paliativos que actualmente se brindan en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Urgencia y Asistencia Pública.

Planteamiento del Problema

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el área hospitalaria donde los fallecimientos son frecuentes por las características y gravedad de los enfermos que ingresan. (Carrillo Esper, Carrillo Córdoba, & Carrillo Córdoba, Cuidados Paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva, 2007) El principal objetivo de estas es el de salvar la vida, sin embargo teniendo en cuenta la frecuencia con la que se asiste a los pacientes en condición crítica de salud su atención debería estar basada en el soporte vital pero también en el alivio del sufrimiento físico, psicológico y espiritual.

La OMS define que un paciente susceptible de recibir cuidados paliativos es aquel que cursa con una enfermedad o condición avanzada crónica e incurable que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos y oncológicos independientemente del pronóstico de tiempo de sobrevivencia. (GPC, 2010)

La bibliografía refiere que existe una decadencia de los cuidados paliativos al paciente al final de la vida en las UCI por parte del equipo multidisciplinario por falta de conocimiento, mal manejo de síntomas y percepción inadecuada de la muerte.

El personal de enfermería de la UCI del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP) no es diferente al de la mayoría de las terapias intensivas, tienden a tecnificar habilidades y destrezas y se han especializado en adelantarse y controlar con cuidados puramente físicos las situaciones que comprometen la vida del enfermo pero no administra cuidados paliativos o de bienestar.

Una buena muerte se define como un momento único y trascendente para cada persona que tiene en cuenta principios como la dignidad, la ética, entorno sereno y paz, que cuente con el apoyo de la familia, que considere los deseos del paciente y de los que de su entorno, aliviar el dolor y el sufrimiento, prestando una atención holística, (Piedrafita-Susín, Yoldi-Arzo, Sánchez-Fernández, Zuazua-Ros, & Vázquez-Calatayud, 2015) concepto en el cuál el personal de enfermería de las UCI es trascendental. Y, a pesar de que la muerte no sea aceptada como parte de la rutina diaria de una UCI, la verdad es que las condiciones de los pacientes que ahí ingresan hace que esta siempre vaya a formar parte de la realidad de las terapias intensivas.

Ante esto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo son los Cuidados Paliativos de Enfermería al paciente en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública 2018?

Objetivos

General:

Describir los Cuidados Paliativos de Enfermería al paciente en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública 2018.

Específicos:

Conocer la percepción del personal de enfermería sobre su participación en los cuidados paliativos al paciente en estado crítico.

Analizar las intervenciones de enfermería de cuidados paliativos en el paciente en estado crítico en sus necesidades fisiológicas, espirituales, psicológicas y sociales.

Justificación

Existe bibliografía que reporta la falta de cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos, por consecuente la valoración del paciente que se acerca o se encuentra en la fase final de vida, el control de síntomas, la toma de decisiones entre el equipo multidisciplinar, el enfermo y sus cuidadores no se estaría realizando de una manera holística, a partir de esto el manejo para la satisfacción de las necesidades del paciente en todos los ámbitos podría ser deficiente. (Campo, 2016)

Contar con un modelo que integre cuidados paliativos a los cuidados intensivos representa un esfuerzo que llevaría no sólo el trabajo de todo el equipo multidisciplinario que trabaja en las UCIs sino también incluiría la difusión de conocimiento y percepción de estos sobre los cuidados paliativos al paciente en estado crítico, quién posiblemente es el enfermo más vulnerable de la realidad hospitalaria, por lo que sería merecedor de un esfuerzo de tal magnitud en ese sentido.

La UCI del Hospital de Urgencia Asistencia Pública no cuenta con un protocolo, guía, plan de atención o manejo en el que los cuidados paliativos sean parte del trato al paciente en estado crítico, las mejoras a realizar podrían ser alentadas partiendo de la descripción de lo que actualmente se esta realizando ahí y que tiene que ver directamente con el personal de enfermería, siendo esta la profesión que abarca en su totalidad el cuidado del paciente durante los momentos más importantes de su existencia, por supuesto la muerte es uno de estos.

Lograr que el personal de enfermería del HUAP tenga una adecuada práctica en lo que se refiera al cuidado paliativo sin contar con un plan diseñado no es una tarea fácil, por esto y por lo anterior es que el presente documento pretende describir como es lo que actualmente se realiza para que en su futuro y con la participación de todos los miembros del equipo de salud se logren brindar cuidados paliativos, y el conocimiento y la prácticas harán de estos una integración en la UCI. Analizar la práctica habitual frente a un marco referencial de lo que actualmente se realiza en el HUAP es el primer paso para lograr mejorar y/o integrar los cuidados paliativos al paciente en estado crítico en esta Unidad de Cuidados Intensivos.

Marco Teórico

Para el presente trabajo el marco teórico se desarrolla de lo general a lo particular iniciando con los Antecedentes que preceden dividido en la descripción de la situación de Salud en Chile y la bibliografía referencial de este estudio, seguido de un marco conceptual para definir los términos y variables usadas, por último se expone lo que las instancias oficiales determinan sobre el tema.

I. Antecedentes

1.1.1. Salud en Chile

El sistema de de salud chileno es un sistema mixto compuesto por dos subsistemas: público y privado.

En el caso del financiamiento público, éste está radicado en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), al cual se puede optar como seguro público cotizando el 7% en el caso de las personas que reciben ingreso o como beneficiario legal, concepto que se considera a las personas carentes de recursos. Para el sector privado el aseguramiento está radicado en las denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), a la cual acceden los cotizantes que pueden optar por este seguro privado (sistema abierto) en el cual el porte generalmente supera el 7% legal dependiendo de las primas y planes correspondientes.

Las disposiciones que regulan las prácticas de salud se encuentran en la Ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y en el Reglamento de los Servicios de Salud (decreto 140 de 2004), éstos tienen funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas

por el Ministerio de Salud. Y por la Reforma de salud que tiene una última modificación en el año 2005.

La provisión de servicios en el caso del sistema público se realiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud, conformado por 29 servicios distribuidos a lo largo del territorio nacional, de los cuales depende una red de aproximadamente 200 establecimientos hospitalarios de diversa complejidad y establecimientos de atención ambulatoria secundarias, a lo anterior se suma la red de consultorios de atención primaria, en su gran mayoría administrados por las municipalidades. De acuerdo con el número de camas, Chile tiene 2.1 camas por cada 1,000 habitantes en donde se presentan en promedio con una cifra muy cercana a la que tiene Estados Unidos y por encima del estándar mínimo que exige la OMS. (Ministerio, 2005)

Para el año 2012, el primer lugar lo ocupó Stroke con 8, 400 muertes seguido de Cardiopatías Isquémicas con 8, 000 defunciones, Alzheimer y otras demencias ocupan el tercer lugar con 4,400. (GHO, 2015) La similitud de causas de muerte de ambos países va de la mano con lo que ocurre a nivel mundial, destacan en todas las instancias fallecimientos relacionados con enfermedades cardiovasculares y crónico degenerativas. En ese mismo año de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) a la que pertenece esta nación, el gasto total en salud en Chile representó el 7.3% de su Producto Interno Bruto (PIB) del cuál casi una tercera parte es pagado directamente por los hogares, encontrándose por debajo del promedio del OCDE. (OCDE, 2014)

1.1.2 Hospital Urgencia Asistencia Pública

El 7 de Agosto de 1911, calificado como "Un hecho trascendental para la consolidación de la asistencia hospitalaria moderna" por el Dr. Ricardo Cruz Coke, fue que se inauguró la Posta Central, primer servicio de urgencia permanente de Chile, y a su fundador el Dr. Alejandro del Río Soto Aguilar lo señala como "la figura médica de mayor nivel profesional y académico en el ámbito de la higiene y la salubridad pública". Para 1993, la Posta Central institucionalizó un nuevo nombre: Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), sin embargo persiste su denominación generalizada como la Posta Central. (HUAP, 2019)

El hospital está dividido en Centro de Responsabilidad, estos son unidades organizacionales de gestión que realizan y prestan uno o más servicios, los que pueden ser finales, relacionados con el propósito del hospital, o bien de apoyo, dirigido a un responsable a quien se le delega un nivel de decisión específico acerca del uso de los recursos financieros, humanos, organizacionales, físicos y tecnológicos relacionados con el logro de los objetivos del establecimiento. La Unidad de Cuidados Intensivos cuenta con 18 camas, de los cuáles se trabaja con el estándar del país que es 1 Licenciado en Enfermería por cada 3 pacientes, mientras que los Técnicos en Enfermería tienen 2 pacientes por cada uno. Además del personal médico, kinesiología y demás equipo multidisciplinar. (HUAP, 2019)

1.2 Marco Referencial

El estudio retrospectivo "El buen Cuidado de pacientes que fallecen en unidades de cuidados intensivos en España, estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial" en donde se tomaron 282 pacientes, observándose que la mayoría de los casos se documentó la capacidad de decisión del paciente y comunicación familiar (96 y 98%) pero sólo la mitad contenía un plan de cuidado, mientras que la escala de disnea resultó mejor documentada que la escala del dolor. Asimismo, los indicadores de apoyo emocional y apoyo espiritual tuvieron un cumplimiento menor al 10%. (Girbau, Monedero, & Centeno, 2017)

La revisión bibliográfica "Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos" con el objetivo de conocer las percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras de cuidados intensivos en el cuidado al paciente terminal, hecha en las bases de datos Pubmed, Cinahl y PsicINFO utilizando los términos de búsqueda cuidados paliativos, UCI, percepciones, experiencias, conocimientos y enfermería, con sus sinónimos en inglés, combinados con los booleanos AND y OR, y en 3 revistas especializadas en cuidados intensivos, de los 27 artículos seleccionados se identificó que a pesar de que las enfermeras perciben la necesidad de respetar la dignidad del paciente, brindar cuidados dirigidos al bienestar y favorecer la inclusión de la familia en el cuidado, existe una falta de conocimientos de los profesionales de enfermería de intensivos en el cuidados al final de la vida, esto revela que es necesario fomentar la formación de las enfermeras en cuidados paliativos y favorecer su soporte emocional, llevar a cabo un trabajo multidisciplinar efectivo y la inclusión de la enfermera en la toma de decisiones.

(Piedrafita-Susín, Yoldi-Arzo, Sánchez-Fernández, Zuazua-Ros, & Vázquez-Calatayud, 2015)

"Conocimientos en cuidados paliativos del paciente no oncológico" tuvo como objetivo analizar los conocimientos en cuidados paliativos de un hospital en Murcia, España donde se realizaron 100 encuestas de opinión por muestra elegida a personal médico y de enfermería en un 50% cada uno, encontrando como resultado diferencias estadísticamente significativas entre médicos y enfermeros sobre los conocimientos acerca de limitación de esfuerzo terapéutico y el mantenimiento de la hidratación en el paciente con una enfermedad en fase terminal puesto que el 54% de la muestra considera que se emplea poco la sedación terminal en pacientes que podrían beneficiarse de la misma y se observó una gran variabilidad en la respuesta sobre el tipo de cuidados que debería recibir siempre una persona. (Hernández-Belmonte & Ferrer-Colomer, 2009)

"Percepciones del equipo multiprofesional en la implementación de cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos" estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo se realizó con el objetivo de analizar las percepciones del equipo multiprofesional sobre la implementación de cuidados paliativos en una UCI para adultos con 14 profesionales de la salud de un hospital de enseñanza pública en Brasil, la información se recopiló entre febrero y abril de 2012, a través de entrevistas semiestructuradas y observación no participativa interpretada mediante análisis de contenido. Se identificaron 3 categorías: atención a pacientes terminales en una UCI que fomenta el confort físico; Falta de preparación del equipo en el tratamiento de pacientes

terminales; y Desafíos de las prácticas paliativas en el entorno de cuidados intensivos. Las partes entrevistadas informaron tener algún conocimiento de la propuesta de cuidados paliativos, aunque se observaron divergencias en la conducta terapéutica del equipo en la atención brindada, lo que demuestra una falta de interacción y comunicación entre los profesionales. (Figueredo da Silva, Melo Souza, Chaves Pedreira, Ribeiro don Santos, & Faustino, 2013)

López y otros establecen en el estudio descriptivo transversal "Exploración del conocimiento sobre cuidados paliativos en el Centro de Reumatología" que los cuidados paliativos se conocen como cuidados intensivos de confort, procuran facilitar lo que sea capaz de reducir o evitar el sufrimiento, y de proporcionar calidad de vida y en el cual se exploró el nivel de información e identificación de las necesidades de aprendizaje sobre el tema en la totalidad de profesionales médicos que laboran en el Centro de Reumatología a través de una encuesta diseñada al efecto, encontrándose que la mayor proporción de encuestados han cursado más de una especialidad médica, poseen 10 años o más de experiencia profesional el nivel de información sobre el tema es insuficiente y consideran el aprendizaje sobre cuidados paliativos debe comenzar en la formación de pregrado. (López Mantecón, y otros, 2014)

El "Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de la salud ante la muerte y el trabajo emocional" de tipo exploratorio, descriptivo y transversal se realizó con el objetivo de determinar las diferencias entre profesionales de salud respecto al conocimiento de cuidados paliativos, actitud ante la muerte y la carga emocional del trabajo con pacientes terminales en donde se

realizaron entrevistas a 40 profesionales de salud en un 30% a médicos, 20% residentes, 25% enfermería, y 25% trabajadoras sociales con un cuestionario sobre cuidados paliativos, actitudes ante la muerte y trabajo emocional, obteniendo como resultado que el 77.5% tenían conocimiento de los objetivos del cuidado paliativo pero el 72.5% no conocían la carta de derechos humanos del paciente terminal. No se encontraron diferencias importantes entre profesionales respecto ante la muerte y trabajo emocional y se comprobó que entre más informados es menos el temor de los participantes, hay aumento de sensibilidad y controlan mejor sus emociones negativas. (Trujillo-De Los Santos, y otros, 2013)

El artículo "Integración de los principios de cuidados paliativos en cuidados intensivos" constató un reciente interés por integrar los principios de la medicina paliativa en el trabajo cotidiano de la unidad de cuidados intensivos (UCI) por lo que realizó una revisión de dicho planteamiento con la idea de que su aplicación puede aportar luz en la resolución de ciertos problemas éticos presentes, concluyendo que la atención actual en la mayoría de las UCI no tiene la visión holística que requiere el paciente que muere, puesto que a pesar del esfuerzo el fallecimiento de los pacientes formará siempre parte de la realidad. (Girbau Campo, Monedero Rodríguez, & Centeno Cortés, 2016)

El Grupo de trabajo de Bioética de la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica Y Unidades Coronarias) elaboró "Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico" con el propósito de contribuir a la mejora de nuestra práctica diaria en tan difícil campo. Relató que "El tratamiento al final

de la vida de los pacientes críticos y la atención a las necesidades de sus familiares están lejos de ser adecuados, por diversos motivos: la sociedad niega u oculta la muerte, es muy difícil predecirla con exactitud, con frecuencia el tratamiento está fragmentado entre diferentes especialistas y hay una insuficiente formación en medicina paliativa, incluyendo habilidades de comunicación. Se producen frecuentes conflictos relacionados con las decisiones que se toman en torno a los enfermos críticos que están en el final de su vida, especialmente con la limitación de tratamientos de soporte vital. (Monzón Marín, y otros, 2008)

El artículo "Cuidados Paliativos y medicina intensiva en la atención al final de vida del siglo XXI" revisa la aportación que los cuidados paliativos pueden ofrecer para mejorar la asistencia a los enfermos que fallecen en unidades de medicina intensiva y a sus familiares, los cuales tienen como objetivo la mejoría sintomática, la prevención de las posibles complicaciones, conocer y respetar los criterios de bienestar del paciente y la atención a la familia en el proceso final y el duelo por lo que implica a diversas disciplinas del campo de la salud y las impele a trabajar con objetos comunes. (Loncán, y otros, Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI, 2007)

El artículo de revisión "El proceso de la muerte en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Punto de vista médico, tanatológico y legislativo" describe que el objetivo tradicional de la UCI es disminuir la mortalidad y la morbilidad de los pacientes en estado crítico, a pesar de los avances médicos y tecnológicos continua siendo un lugar común en donde la muerte ocurre por lo que en la actualidad el equipo de salud

debe estar familiarizado con los cuidados paliativos y su legislación. Preservar la dignidad del paciente, evitar el daño y mantener una comunicación adecuada entre los miembros del equipo de salud y los familiares es fundamental, no existe una técnica única y universal aceptada para la atención de los pacientes en estado terminal en las UCI, por lo que se debe individualizar cada caso y definir objetivos de atención junto con el paciente y sus familiares dentro del marco legal vigente. (Kaneko-Wada, y otros, 2015)

Pichardo y Diner en el artículo "La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería" refieren que la experiencia de la muerte deja una huella en el personal de salud ineludible y misteriosa, un médico o una enfermera tienen el papel esencial en la manera en que sus pacientes desahuciados se preparan para ese momento, los cuidados paliativos consisten en el sentido y los valores que sirven para acompañar y acogerle, primero paliar el dolor físico y luego seguir con el moral. En lo que respecta a las creencias, el médico y la enfermera deben brindar un acompañamiento al paciente y la familia permitiendo arreglen sus asuntos y la muerte se acepte con una actitud de paz que incluya a todos los involucrados con él, lo que se definiría como una muerte humanizada. (Pichardo García & Diner, 2010)

El artículo publicado "Cuidados Paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva" refiere que de la mitad de los enfermos que mueren en un hospital cerca del 50% son atendidos en los tres días previos a su fallecimiento en una UCI, que en tal medio existen muchas barreras que limitan una buena atención paliativa de las que destacan la falta de entrenamiento en esta disciplina por parte de los intensivistas, el

desconocimiento de los protocolos de paliación en enfermos terminales, la falta de normatividad hospitalaria en relación a los cuidados paliativos en la UCI, la carencia de paliativistas y el rechazo por muchos especialistas a esta disciplina. Los programas de cuidados paliativos van de la mano con los encaminados a la curación de los enfermos por lo que es una necesidad incluirlos dentro del manejo rutinario en la UCI, lo que elevaría la calidad y eficiencia de la atención en el enfermo grave. (Carrillo Esper, Carrillo Córdoba, & Carrillo Córdoba, Cuidados Paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva, 2007)

II. Marco Conceptual

Para fines del presenta estudio entenderemos por concepto, lo siguiente:

2.1 Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos se iniciaron en la década de los sesenta en los países anglosajones con el movimiento Hospice con el objetivo inicial de conseguir que los pacientes dispusieran de los días que les quedaran conscientes y libres de dolor, con los síntomas controlados y rodeados del entorno más cálido posiblemente, la enfermera Cecily Saunders fundó el St. Christopher's Hospice considerado la cuna de los cuidados paliativos. Posteriormente en Estados Unidos con la colaboración de la psiquiatra Elisabeth Kubler Ross se lograron desarrollar programas de Cuidados paliativos en Canadá y países europeos. Las tres últimas décadas han aportado a la visión de los cuidados paliativos la multiculturalidad como coexistencia de diferentes

estructuras sociales y como confluencia e calores. (Loncán, y otros, Cuidados Paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. , 2007)

En Chile históricamente fue en el Hospital Grant Benavente de Concepción, Coquimbo, Araucanía Norte, Instituto Nacional del Cáncer Corporación Nacional del Cáncer (CONAC) y la Fundación Arturo López Pérez quienes partieron la prestación de Cuidados Paliativos basándose en modelos extranjeros en el año 1990. Inicialmente realizaron visitas domiciliarias, tomando a la familia como parte integral del tratamiento. En 1995 se inició el Programa Nacional de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor promocionado por el Ministerio de Salud. (Pastrana, De Lima, Pons, & Centeno, 2013)

La OMS define los cuidados paliativos, como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazante para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Esta misma definición la ocupan las Guías de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos en México y la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en España. (Salud, Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, 2010)

Esta última enumera las siguientes características de los cuidados paliativos: proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento, promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural, no se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo, integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente, tienen en cuenta el soporte y los recursos

necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte, ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo, mejoran la calidad de vida del paciente, se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida, incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas. Esta concepción reconoce que las personas con enfermedades distintas al cáncer, que sean irreversibles, progresivas y con una fase terminal, también pueden beneficiarse de su aplicación. (Paliativos, 2008)

2.2 Paciente susceptible a recibir cuidados paliativos.

Es importante resaltar que de acuerdo a la OMS un paciente susceptible de recibir cuidados paliativos es aquel que cursa con una enfermedad o condición avanzada crónica e incurable que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos y oncológicos independientemente del pronóstico de tiempo de sobrevivencia. (Salud, Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, 2010)

2.3. Cuidados Paliativos en el paciente en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En el paciente crítico los cuidados paliativos en la UCI son: Toma de decisiones basadas en la interacción con pacientes y familiares, comunicación entre el equipo multidisciplinario tratante, continuidad del plan establecido, apoyo emocional y religioso a pacientes y familiares, manejo de síntomas para optimizar el bienestar de los enfermeros, enfatizar que el bienestar, la calidad de muerte del enfermo son prioritarios

sobre las medidas encaminadas a prolongar la vida de manera innecesaria, instituir y usar escalas cuantitativas para la valoración de síntomas tanto en enfermos que pueden comunicarse como en los que están imposibilitados para mantener una relación activa, estandarizar y seguir las mejores prácticas clínicas para el manejo de síntomas, uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas, revalorar y documentar la evolución de los síntomas una vez instituidas las maniobras terapéuticas de las unidades de cuidados intensivos, instituir, documentar y dar a conocer entre todo el grupo de atención, incluyendo a los familiares las medidas de suspensión o no iniciación del apoyo vital, eliminar procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos innecesarios (laboratorio, rayos X, tomografías, procedimientos invasivos, etc.), evitar y eliminar ambientes ruidosos, muy iluminados y todos aquellos que condicionen angustia en enfermos y familiares, mantener la dignidad y el respeto en el trato a los enfermos. (Hernández, 2018)

Y además de brindar Apoyo emocional y organizacional al equipo que atiende a los enfermos: Evitar rotaciones innecesarias del equipo médico y de enfermería que atiende a enfermos en fase terminal en la unidad de cuidados intensivos, desarrollo e implementación de un grupo especializado en los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos con entrenamiento en manejo de dolor, delirio, conflictos, etc., integrar al grupo a Psiquiatras y Psicólogos para implementar programas de apoyo al grupo tratante, enfermos y familiares. (Hernández, 2018)

Los cuidados paliativos deberían comenzar en las frases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los

tratamientos curativos, incluso en las fases finales de la enfermedad en las que el tratamiento es predominantemente paliativo puede existir un espacio para el intento destinado a las medidas curativas, el duelo puede requerir atención durante una fase prolongada. La transición de los cuidados curativos a paliativo es a menudo gradual y debe basarse en las necesidades individuales de la persona más en un plazo concreto de supervivencia esperada. (Paliativos, 2008)

No hay evidencia clara sobre cuál es el mejor modelo organizativo, la mayoría de los programas contempla varios niveles de atención, dependiendo del volumen y la complejidad de los problemas del paciente. Para el presente trabajo, nos enfocándonos en el nivel avanzado de cuidados paliativos específicos, secundarios, especializados o avanzados que contemple intervenciones complejas que requieren técnicas o procedimientos especializados. (Paliativos, 2008)

El nivel avanzado debería: Proporcionar la atención a pacientes con necesidades asistenciales más complejas e intensivas, realizar pruebas diagnósticas complementarias o tratamientos muy específicos que precisan realizarse en el ámbito hospitalario o tratamientos ante síntomas de difícil control, atender determinadas necesidades que no tienen por qué ser clínicamente complejas, sino de tipo social o familiar. (Paliativos, 2008)

2.4 Conceptos Relevantes

En el contexto de cuidados paliativos, es importante definir algunos conceptos relevantes:

2.4.1 Autonomía del paciente.

Es uno de los cuatro principios básicos de la bioética base de la deontología médica y clave de una buena práctica en salud, que adquiere relevancia en las decisiones al final de la vida. Es la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacción interna o externa. Esta reconoce que la persona enferma tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, reconoce también que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento. (Paliativos, 2008)

2.4.2 Calidad de vida.

Se centra en diversos aspectos del paciente como la capacidad física o mental, la capacidad de llevar una vida normal y una vida social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Está influida por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencias, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno. (Salud, Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, 2010)

2.4.3 Sufrimiento.

Es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación amenazante de la integridad, la impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla. El sufrimiento es complejo y requiere una evaluación interdisciplinaria para construir una alternativa terapéutica eficaz que dé respuesta a los problemas del paciente y de su familia. Se debe realizar una monitorización y evaluación continua con objeto de modificar el plan de cuidados según las necesidades del enfermo y su familia. (Paliativos, 2008)

2.4.4 Comunicación Interpersonal.

En el contexto de los cuidados paliativos es el proceso por el cual se facilita a los pacientes y a los cuidadores la exploración de sus problemas y la toma de decisiones a través de entrevistas con los profesionales encargados de su atención. La revisión subraya que no es posible generalizar acerca de las necesidades de información basándose en las características demográficas o culturales, por lo que se recomienda a los profesionales sanitarios evaluar las necesidades de información individualizada y de forma continuada a lo largo del tiempo. En general, las necesidades de información a medida que avanza la enfermedad son menores en los pacientes, pero la demanda crece en los cuidadores. (Paliativos, 2008)

2.4.5 Estilos de Comunicación.

Los pacientes y los familiares destacan que la información debe ser sincera, sensible y con margen de esperanza; desean sentirse escuchados de manera activa

por profesionales que muestren empatía, utilicen un lenguaje claro y suministren la información en pequeñas cantidades, valorándose de manera individual si se recibe sólo o acompañado. Los enfermos consideran que entre los atributos esenciales que deben poseer un profesional de la salud se halla la voluntad de escuchar y explicar. La comunicación ineficaz se ha asociado a incumplimiento terapéutico y a un aumento del estrés de los pacientes, y a la insatisfacción con el trabajo y el desgaste emocional de los profesionales sanitarios. La falta u ocultación de información relevante y la mentira con propósito protector pueden desencadenar otro tipo de problemas tales como probar al paciente de la oportunidad de expresar sus temores y preocupaciones. (Paliativos, 2008)

2.4.6 Métodos de Información.

Ante la evaluación de algunos métodos de información como información escrita, material de audio o video se concluyó que a pesar de que algunas intervenciones lograron efectos positivos sobre el conocimiento y la frecuentación, el manejo de síntomas, la satisfacción, la utilización de servicios y el estado efectivo no se deben utilizar de manera uniforme sino tomar en cuenta las preferencias individuales. Sin embargo, estas intervenciones fueron dirigidas sólo a pacientes con cáncer de reciente diagnóstico y a sus familiares. (Paliativos, 2008)

2.4.7 Actitud de los profesionales sanitarios.

Los estudios sugieren que la interpretación que realizan los profesionales sanitarios acerca de las preferencias de los pacientes difiere a menudo de los deseos

de estos, la mayoría de los clínicos afirma que desea que se le comunique la verdad sobre su propia enfermedad terminal pero por otro lado se confirmó que el personal tiende a subestimar las necesidades de información de los pacientes y sobreestimar su grado de conocimiento y comprensión del pronóstico. (Paliativos, 2008)

2.4.8 Comunicación Efectiva.

Las investigaciones realizadas sugieren que una comunicación eficaz influye en la salud de los pacientes sobre diversos aspectos, tales como el estado emocional, la resolución de síntomas, el estado funcional y el dolor. El intercambio adecuado de información puede mejorar la implicación de los pacientes en los cuidados y la adherencia de los tratamientos, reducir el malestar psicológico y contribuir a transmitir unas expectativas realistas. Un proceso de comunicación adecuado tiene gran influencia de capacidad de adaptación de los pacientes y de sus familiares a las nuevas situaciones, la asimilación de la enfermedad y la consideración de las diferentes opciones. Ofrecer a los enfermos la posibilidad de tomar decisiones compartidas puede reducir los síntomas de ansiedad y depresión. (Paliativos, 2008)

2.4.8.1 Comunicación malas noticias.

"Cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión de un paciente sobre su futuro" es como define Buckman malas noticias, tanto comunicar el diagnóstico de una enfermedad considerada mortal como al informar el fracaso de la terapéutica curativa que se le administra. A la hora de proporcionar las malas noticias, el personal sanitario debería tener en cuenta las barreras que pueden condicionar una

comunicación efectiva: déficit de habilidades para valorar las necesidades de información y para facilitar la participación del paciente y de sus familiares en la toma de decisiones, tendencia a interpretar los deseos y las necesidades de los pacientes, la idea errónea de que si el paciente necesita saber preguntará, el sentimiento de ser considerado responsable del fracaso en la curación, la creencia de que la información producirá un mayor daño al enfermo o la incertidumbre acerca de determinados aspectos como el diagnóstico o el pronóstico del paciente. Existen propuestas para la comunicación de malas noticias la de Rabow, Mc Phee y el protocolo de SPIKES (Paliativos, 2008)

2.4.9 Elementos para la toma de decisiones.

La personas implicadas en la relación sanitaria para tomar decisiones en la fase final de la vida deben tener en consideración tanto la situación psicológica y biológica del paciente como los deseos del enfermo correctamente informado, los cuales están interrelacionados y se ven influidos por la situación familiar y social. El nivel de dependencia física o psíquica del enfermo, su situación económica, la calidad y la cantidad de apoyo propiciado por la red formal o informal y la vivencia de la enfermedad por el propio enfermo y su familia pueden condicionar tanto situación biológica como los deseos del enfermo. (Paliativos, 2008)

Cuando el profesional de salud desee determinar la situación del enfermo para plantear decisiones, debería formularse algunas preguntas sobre el pronóstico vital del enfermo, su calidad de vida o la situación sociosanitaria y en base a ello plantearse la idoneidad, la profundización de técnicas diagnósticas o en tratamientos más invasivos

(reanimación cardiopulmonar, soporte avanzado de constantes vitales, cirugía, quimioterapia, etc.). En ocasiones sólo la aplicación de tratamientos durante un periodo de tiempo razonable y su posterior evaluación permitirán reconocer si el enfermo responde razonablemente a los mismos. (Paliativos, 2008)

A través del criterio de proporcionalidad se analizan los efectos positivos del tratamiento y los negativos, como las cargas que pueden suponer los efectos secundarios o el dolor que se puede generar, se considera que un recurso diagnóstico o un tratamiento es proporcionado cuando origina un mayor beneficio al paciente. Por lo que se debería tener en cuenta que la preservación de la vida del enfermo es una obligación cuando el hecho de vivir supone un beneficio más que una carga para el propio paciente. (Paliativos, 2008)

La futilidad se ha invocado en las siguientes situaciones clínicas: reanimación cardiopulmonar, mantenimiento artificial de las funciones vitales cuando existe una pérdida irreversible de las funciones cerebrales (estado vegetativo permanente o demencia profunda), los tratamientos agresivos en enfermos terminales o moribundos, los tratamientos que sólo ofrecen una calidad de vida muy baja, en especial si está acompañada de gran sufrimiento o si no hay esperanza de prescindir de cuidados intensivos. En estas circunstancias se considera que un tratamiento es fútil cuando los beneficios que se obtienen ocurren en un porcentaje inferior al 1-5% de los enfermos tratados. (Paliativos, 2008)

La calidad de vida es el paciente quien puede valorarla de forma más apropiada, si se tiene en cuenta que lo que una persona le parece desproporcionado o fútil puede

no parecérselo a otra, se comprueba que al igual que el criterio de calidad de vida también los criterios de proporcionalidad y futilidad involucran juicios de valor, complicando el debate acerca de la utilidad o idoneidad, o no, de cierto tratamientos en el final de la vida. Aclarada la importancia de la subjetividad, resulta fundamental conocer los deseos del enfermo, a él le corresponde decidir si desea que se le aplique el tratamiento propuesto o no. (Paliativos, 2008)

Resulta también básico conocer la determinación de la competencia de decisiones del paciente, centrada normalmente en la capacidad mental sobre todo en las habilidades psicológicas necesarias para tomar una decisión médica concreta, los profesionales deberían comprobar si el enfermo ha comprendido lo que se le ha explicado y si puede tomar una decisión sobre el tratamiento basándose en la información que se le ha suministrado. (Paliativos, 2008)

El consentimiento debe ser entendido como un proceso gradual y continuado mediante el cual un paciente capaz y adecuadamente informado acepta o rechaza en función de sus propios valores, someterse a determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El conocimiento de los valores que han conformado la vida del paciente permite evaluar la coherencia de sus decisiones. Esta valoración no puede hacerse desde un conocimiento puntual del enfermo, por lo que la continuidad de su atención o la aportación de la información por parte del médico de familiar o de la propia familia proporcionan los datos necesarios para valorar dicha coherencia. (Paliativos, 2008)

Cuando el paciente sea incompetente deberá determinarse el nivel de la incompetencia y si es transitoria o permanente, en estos casos el profesional de salud

deberá identificar a un sustituto o representante del enfermo en la toma de decisiones, en la práctica habitual casi siempre suele ser un familiar, el cual se basa en el mejor conocimiento de los valores y considerando qué es lo que mejor ajusta a sus intereses. (Paliativos, 2008)

2.4.10 Tomar la decisión.

Una vez que se han seguido todos los pasos anteriormente señalados, las personas involucradas en la relación clínica estarán en mejores condiciones para tomar una decisión, al hacerlo lo recomendable es comunicarle a todo el equipo sanitario y a los familiares del enfermo, si existe consenso entre el personal de salud y el paciente o su representante en cuanto al tipo de tratamiento que se debe seguir se tomará la decisión. (Paliativos, 2008)

Los elementos de la toma de decisiones en el paciente susceptible a recibir cuidados paliativos son: Determinación de la situación biológica, psicológica, sociosanitaria y familiar del enfermo, Evaluación de tratamientos en base a evidencia científica disponible, con los criterios de proporcionalidad, futilidad y calidad de vida, Consideración de que este es un proceso gradual y continuo, Garantía de que el proceso de comunicación es adecuado, Suministro de información completa con las opciones terapéuticas disponibles, beneficios y riesgos e inconvenientes esperados, Evaluación de la competencia del enfermo, En el caso de paciente competente, confirmación de sus deseos y sus preferencias; es importante compartir la decisión con la familia, En caso de paciente no competente se debe considerar las siguientes opciones: a) Directrices previas, b) Deseos previamente expresados por el paciente y

recogidos en la historia clínica, c) Representante legal, d) Familiares cargo próximos, En caso de que el personal de salud tenga dudas relacionadas con la decisión se recomienda la valoración de otros profesionales expertos, Información de la decisión al equipo de salud y Registro del proceso de la toma de decisiones en la historia clínica. (Paliativos, 2008)

2.5. Control de Síntomas

Los pacientes susceptibles a recibir cuidados paliativos pueden presentar múltiples síntomas, dependiendo de la naturaleza y el estadio de su enfermedad. Los estudios sobre prevalencia de síntomas en pacientes susceptibles a recibir cuidados paliativos presentan una serie de problemas que dificultan su comparabilidad: variabilidad en la definición de síntomas, uso de diferentes definiciones y escalas, estadio de la enfermedad, presencia de enfermedad oncológica, tipo de profesional que recoge la información, ámbito de la atención, etc. Un estudio de prevalencia de síntomas en pacientes oncológicos y no oncológicos ordena los 11 síntomas más frecuentes, encontrando el dolor con una elevada frecuencia en todos los tipos de pacientes. (Paliativos, 2008)

La evaluación de los síntomas tiene que realizarse de una forma global en el contexto donde se realiza la atención y teniendo en cuenta sus repercusiones en la persona y en su entorno familiar, cabe señalar que la valoración de la importancia de los síntomas puede diferir entre la persona que los sufre y los profesionales que la atienden. Es necesario que sea multidisciplinar, existe literatura que demuestra que los médicos valoran de forma más imprecisa que otros profesionales, personal de

enfermería o auxiliares la intensidad de síntomas de sus pacientes. La forma en que se recogen los síntomas es importante, la búsqueda intencionada de síntomas a través de preguntas dirigidas sobre lo que preocupa o molesta al paciente puede favorecer una mejor valoración del conjunto de síntomas. (Paliativos, 2008)

Los síntomas son cambiantes en el tiempo, debido a la evolución de la enfermedad, a los efectos adversos de las terapias utilizadas, a la respuesta al soporte paliativo del equipo y a las propias vivencias del paciente y sus cuidadores. Todo ello determina que la evaluación y reevaluación constante del paciente y de su entorno sea una necesidad y una característica esencial de los cuidados paliativos. (Paliativos, 2008)

2.5.1 Valoración de síntomas.

El uso de escalas validadas puede ser una estrategia útil para estandarizar la evaluación de síntomas y monitorizar la respuesta de una forma objetiva. La proliferación de instrumentos, la ausencia de validación de muchos de los y la falta de estudios sobre su impacto real pueden explicar este hecho. Las escalas que pueden ser utilizadas en el uso clínico son: Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Palliative Prognostic Score (PaP Score), Escala de valoración funcional de Karnofsky, Escala de Barthel, Escala de los Cuidados Paliativos (ECP) versión española de Palliative Care Outcome Scale (POS), Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica, Escala Categórica, Cuestionario Breve del dolor (CBD) y Escala Ramsay (Anexo 1) (Paliativos, 2008)

2.5.2 Uso de fármacos para el tratamiento de síntomas en cuidados paliativos.

Los principios de control efectivo de síntomas incluyen: Elaborar un historia clínica y realizar una exploración detallada que permitan un diagnóstico del mecanismo o causa subyacente de cada síntoma, tratamiento individualizado, tratamiento de las causas reversibles, informar al paciente y a su familia, valorar las opciones de tratamiento farmacológicas como no farmacológicas, simplificar las pautas de tratamientos, monitorizar la respuesta. (Paliativos, 2008)

La utilización de fármacos en cuidados paliativos tiene algunas características especiales que deben tenerse en cuenta, los pacientes con enfermedad avanzada o terminal constituyen una población especialmente vulnerable, su entorno y los diferentes factores psicológicos pueden ejercer gran influencia en su bienestar físico y en la respuesta al tratamiento farmacológico, respuesta que en ocasiones será impredecible. Estos pacientes son a menudo de edad avanzada, frágiles o con afectación multiorgánica y polimedicados, con el consiguiente riesgo de interacciones e iatrogenia. El reto para profesionales y cuidadores consiste en tratar los síntomas de forma efectiva, manteniendo el máximo confort del paciente y minimizando los efectos adversos y los inconvenientes del tratamiento o las pautas muy complejas. (Paliativos, 2008)

2.5.3 Dolor

La International Association for the Study of Pain (La asociación internacional para el Estudio del Dolor) lo define como "una sensación o experiencia desagradable,

sensorial y emocional que asocia una lesión tisular verdadera o potencial". El dolor es uno de los más frecuentes síntomas en los pacientes que se encuentran en la fase al final de la vida. Los pacientes pueden presentar dolor debido a su enfermedad, como consecuencia de algunos tratamientos o relacionados con su situación de inmovilidad y debilidad general, no hay que olvidar otras posibles causas de dolor no directamente relacionadas con la enfermedad del paciente. (Paliativos, 2008)

2.5.4 Principios generales del tratamiento del dolor en cuidados paliativos.

El dolor en los pacientes en cuidados paliativos además de ser una sensación nociceptiva incluye aspectos que tienen que ver con la condición humana como la personalidad, la afectividad, las emociones y las relaciones psicosociales. La naturaleza multidimensional del dolor requiere un modelo de intervención multifactorial que comprende medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, los aspectos físicos y psíquicos del dolor están íntimamente relacionados. Los tratamientos psicosociales orientados a resolver variables de la esfera psicológica mejoran el dolor mientras que los tratamientos dirigidos a la nocicepción tienen efectos psicológicos beneficiosos. Algunos autores dan el concepto de dolor total para referirse a la suma de la sensación nociceptiva junto a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de cada persona. (Paliativos, 2008)

Los profesionales de salud que atienden a pacientes de cuidados paliativos tienen que tener en cuenta lo anterior puesto que explica la variabilidad en la respuesta analgésica a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, los abordajes parciales del paciente pueden explicar muchos fracasos en el tratamiento. Proporcionar

información adaptada para cada situación sobre el dolor y la manera de tratarlo, involucrando al paciente en su manejo, se acompaña e una mejor respuesta al tratamiento. Antes de iniciar un plan de tratamiento analgésico es necesaria una evaluación integral del paciente teniendo en cuenta su entorno. La evaluación de la intensidad del dolor se puede realizar mediante una escala validada como: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica, Escala Categórica, Cuestionario Breve del dolor (CBD) y Escala Ramsay. (Anexo 1) (Paliativos, 2008)

2.5.5 Clasificación del dolor.

2.5.5.1 Según la duración:

Agudo: Producido por estímulos nociceptivos somáticos o viscerales de inicio brusco y corta duración.

Crónico: Dolor que persiste sea cual sea su intensidad, más de un mes.

Irruptivo: Dolor de intensidad moderada o intensa que aparece sobre un dolor crónico. Puede ser de inicio inesperado o previsible (desencadenado por determinadas maniobras conocidas por el paciente) (Paliativos, 2008)

2.5.5.2 Según la fisiopatología:

Dolor somático: se produce por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales.

Dolor visceral: Causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral, como consecuencia de las quimioterapia o por infecciones en un paciente debilitado por ejemplo. El paciente lo describe como sensaciones desagradables, quemantes o punzantes, o como sensación de acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión. Puede llegar a ser de difícil control ya que responde mal a los analgésicos habituales.

Mixto: Coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente. (Paliativos, 2008)

2.5.6 Eficacia de los tratamiento farmacológicos.

La escalera analgésica de la OMS ha sido aplicada universalmente, se sabe con su uso se consigue un elevado porcentaje de alivio del dolor. Esta constituida en el primer escalón: Analgésicos no opioides (AINE, Paracetamol, Metamizol) segundo escalón: Opioides débiles (Codeína, Dihidrocodeína, Tramadol) y tercer escalón: Opioides potentes (Morfina, Fentanilo, Oxycodona, Metadona, Buprenorfina). La administración de analgésicos ayudantes son fármacos cuya principal acción no es la analgésica pero que funcionan como tales en algunos tipo de dolor, en cuidados paliativos se usa para potenciar el efecto de los analgésicos, habitualmente de los opioides, para disminuir la dosis de los mismos o en cuadros de dolor complejos. (Paliativos, 2008)

2.5.7. Terapias alternativas y complementarias.

Acupuntura: los estudios que existen abordan el tema en pacientes con cáncer, pero se pueden obtener resultados concluyentes,

Musicoterapia: Se estudió el efecto analgésico de la música en el dolor general, encontrándose un efecto analgésico estadísticamente significativo en el alivio del dolor y en la necesidad de analgesia pero de importancia clínica incierta.

Aromaterapia y masaje: Se estudió en pacientes con cáncer que concluye que existe limitada evidencia sobre su eficacia, sin hallazgo de pruebas suficientes respecto a su efecto sobre el dolor.

Otros tratamientos: Diferentes revisiones encontraron escasa evidencia sobre otros tratamientos como la relajación muscular o la hipnosis. (Paliativos, 2008)

2.6. Deshidratación.

La correcta hidratación del paciente en cuidados paliativos es una medida de soporte básica si tenemos en cuenta el desgaste que supone la evolución de la enfermedad y los tratamientos. La necesidad de aporte de fluidos por vía parenteral pueden plantearse en las fases muy avanzadas de la enfermedad y puede constituir una decisión difícil de tomar. (Paliativos, 2008)

2.7. Disnea.

De acuerdo a la American Thoracic Society (Sociedad americana torácica) se define como una experiencia subjetiva de molestia para respirar que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad. Para los pacientes es

tan difícil de llevar como el dolor, se deben tratar las causas reversibles como la insuficiencia cardíaca, la exacerbación de la EPOC y el asma, el broncoespasmo, las arritmias cardíacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior. (Paliativos, 2008)

2.8. Síntomas psicológicos y psiquiátricos.

2.8.1 Delirium.

Es el estado confusional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa. Clínicamente se caracteriza por la alteración simultánea de la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, la conducta psicomotora, la emoción y el ritmo sueño-vigilia. Es común en los pacientes en la fase al final de la vida y se puede diagnosticar a través de los criterios: a) Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, b) Cambio en las funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje) o alteración perceptiva que no se explica por la existencia de demencia previa o en desarrollo, c) Presentación en un periodo de tiempo (horas o días) y tendencia a fluctuar a lo largo del día. (Paliativos, 2008)

Se debe sospechar un delirium ante cualquier cambio agudo en la conducta, el estado cognitivo o el estado de alerta del paciente, sobre todo cuando exista demencia, cirugía reciente, discapacidad auditiva o visual, consumo de alcohol, posibilidad de alteración del sodio, utilización de determinados fármacos, etc. La intensidad del cuadro es muy variable, por lo que algunas formas leves, que se manifiestan como intranquilidad o dificultad para conciliar el sueño, pueden pasar desapercibidas, dado

que los síntomas se atribuyen a cualquier otra circunstancia del paciente. Por el contrario están los casos graves con agitación intensa, que constituyen una urgencia médica. Para el diagnóstico en las unidades de cuidados intensivos o en pacientes incapaces de comunicarse verbalmente se recomienda utilizar el instrumento CAM-ICU. (Paliativos, 2008)

2.8.2 Insomnio.

Es un trastorno heterogéneo que incluye la dificultad en la conciliación del sueño (inicial), en el mantenimiento (intermedio), el despertar demasiado temprano (tardío) y el sueño no reparador. Para el diagnóstico de este se utilizan los siguientes criterios: a) Dificultad para dormir caracterizada por conciliar el sueño (30 minutos o más) y para el mantenimiento (más de 30 min despierto durante la noche) b) La alteración del sueño se produce al menos tres noches por semana c) La alteración del sueño ocasiona una alteración significativa del funcionamiento diurno. Este síntoma puede aparecer como reflejo de las complejas reacciones psicológicas que tienen lugar en personas que se encuentran susceptibles a recibir cuidados paliativos. (Paliativos, 2008)

Las recomendaciones para la higiene del sueño para las personas que reciben cuidados paliativos son: Mantener en lo posible un horario regular, sobre todo el despertar de la mañana, evitar tiempos innecesarios en la cama durante el día, dormir la siesta sólo cuando sea necesaria, evitando la última hora de la tarde si es posible, llevar un horario con actividades durante el día, minimizar las interrupciones del sueño durante la noche por periodos prolongados en situaciones de tensión, eliminar

estímulos desagradables a todos los sentidos, identificar antes de acostarse problemas o asuntos que le han preocupado durante el día, tratando de abordarlos con un enfoque activo de resolución, evitar medicaciones estimulantes u otras sustancias, mantenerse un adecuado alivio del dolor durante la noche, preferentemente con analgésicos, usar la medicación adecuada tras la evaluación del insomnio. (Paliativos, 2008)

2.8.3 Ansiedad.

Los pacientes con enfermedad avanzada se ven obligados a afrontar varias agresiones psicológicas en poco tiempo: la mala noticia de enfermedad grave, posibilidad de muerte a corto tiempo por ejemplo. La ansiedad es un estado de malestar caracterizado por la presencia de una serie de síntomas somáticos, conductuales, cognitivos y emocionales.

2.8.3.1 Síntomas somáticos: tensión muscular temblor, disnea, palpitaciones, inestabilidad, sudoración anormal, diarrea, polaquiuria, etc.

2.8.3.2 Síntomas conductuales: irritabilidad, inquietud, etc.

2.8.3.3 Síntomas cognitivos: pensamientos negativos, miedo o preocupación por el futuro. (Paliativos, 2008)

El tratamiento de la ansiedad en el paciente susceptible a recibir cuidados paliativos será totalmente dependiendo de la causa, cuando son síntomas leves, proporcionados y aparecen en respuesta a un factor identificable suele ser suficiente el

apoyo psicológico y el seguimiento de la respuesta adaptativa. No hay evidencias a favor o en contra de intervenciones no farmacológicas básicas para el tratamiento de la ansiedad que son la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia cognitivo. conductual. (Paliativos, 2008)

2.10.4 Depresión.

La depresión no es un estado normal en el paciente susceptible a recibir cuidados paliativos, sino una enfermedad que complica las ya existentes y que no se diagnostica ni se trata en la medida en que se debería. Es hasta tres veces más frecuente en los enfermos en cuidados paliativos que en la población en general. La mejor herramienta para el diagnóstico de la depresión en estos pacientes es la entrevista clínica basado en síntomas emocionales y cognitivos más que en los síntomas somáticos que son muy frecuentes por la propia enfermedad. Las intervenciones para el tratamiento se basan en asesoramiento psicológico y apoyo por diferentes profesionales, apoyo social, relajación y terapia grupal pueden ser suficientes en determinados casos, en caso de que no se deben considerar los fármacos de tipo antidepressivo. (Paliativos, 2008)

2.9. Cuidados de la boca.

Estos cuidados son un aspecto de gran importancia en el paciente susceptible a recibir cuidados paliativos, es importante tratar de prevenir los problemas orales por medio de una higiene e hidratación con el propósito de mantener labios y mucosa oral limpios, suaves y sin lesiones, eliminar placa y restos, prevenir infecciones orales,

enfermedad periodontal, caries y halitosis, aliviar el dolor y malestar y aumentar o mantener la ingesta oral, prevenir daños que pueden ocasionar los tratamientos antineoplásicos, minimizar el malestar psicológico y aislamiento y mantener la dignidad del paciente también en los últimos momentos. (Paliativos, 2008)

2.10 Prevención y tratamiento de las lesiones por presión.

Los problemas de la piel son muy frecuentes en las personas susceptible a recibir cuidados paliativos por diversas razones: malnutrición, deshidratación, inmovilidad, además de las que pueden derivarse de los tratamientos como radioterapia o quimioterapia, o por la propia naturaleza de la enfermedad como en el caso de las úlceras neoplásicas. Las lesiones por presión son lesiones de la piel que pueden afectar al músculo e incluso al hueso y están causadas por una combinación de factores entre los que destacan la presión, la tracción y el cizallamiento, siendo determinante la relación presión/tiempo para su aparición. Ante la aparición de lesiones por presión en pacientes en la susceptible a recibir cuidados paliativos el tratamiento deber ser realista en sus objetivos y aceptado por el paciente. El objetivo principal es minimizar el impacto de las lesiones por presión en la calidad de vida del paciente. (Paliativos, 2008)

2.11. Apoyo Psicosocial

2.11.1 Necesidades psicosociales.

Enfrentarse a una enfermedad amenazante para la vida ocasiona una serie de necesidades psicosociales en los pacientes como la ansiedad, depresión, el abuso de

sustancias. etc. Las personas utilizan distintos recursos para responder al sufrimiento psicológico que incluyen sus propios recursos de afrontamiento y el apoyo emocional de sus familiares y allegados. Sin embargo en ocasiones el nivel y naturaleza del sufrimiento es tal que pueden beneficiarse de un apoyo profesional. (Paliativos, 2008)

2.11.1 Aspectos relativos al momento vital: Según el momento de la vida y las circunstancias cambiará mucho la respuesta a la enfermedad, se considera por ejemplo si se trunca las expectativas de futuro precozmente.

2.11.2 Significado e impacto de la enfermedad: Encontrar sentido a la vida en esos momentos se correlaciona negativamente con depresión y está asociado a la capacidad de tolerar los síntomas y a la satisfacción con la propia calidad de vida.

2.11.3 Estilo de afrontamiento: Constituido por las estrategias que se utilizan para resolver problemas, incluye la negación, evitación, espíritu luchador, etc. Muchas veces un mismo paciente utiliza varias estrategias: afrontar lo que se siente capaz de asumir y evitar aquello que le abruma. La negación extrema es síntoma de depresión.

2.11.4 Impacto en la percepción de uno mismo: Hay múltiples constructos para el término dignidad, desde la autonomía y capacidad de decisión al mantenimiento de la imagen corporal, higiene o continuidad en las relaciones.

2.11.5 Relaciones: La preocupación por los miembros de la familia suele ser un aspecto esencial en los pacientes susceptibles a recibir cuidados paliativos.

2.11.6 Fuente de estrés: Pueden ser económicas, de trabajo, legales, etc. (Paliativos, 2008)

2.12. Recursos espirituales.

2.12.1 Circunstancias económicas: La enfermedad puede tener un impacto económico muy grande en el paciente y su familia.

2.12.2 Relación médico-paciente: El paciente debe sentirse seguro, saber que sus necesidades van a ser atendidas. (Paliativos, 2008)

2.12.3 Intervenciones psicosociales.

De las intervenciones estudiadas, la terapia grupal, la educación, el consejo estructurado o no estructurado y la terapia cognitiva-conductual parecen ser las que ofrecen resultados más consistentes a medio y largo plazo. Los beneficios observados se centran fundamentalmente en aspectos psicosociales. Existe evidencia de que las intervenciones individualizadas, como las proporcionadas por personal de enfermería especializado o por un equipo multidisciplinar son eficaces. El mayor beneficio se observa en la disminución de la tristeza y la depresión y también se observa una mejoría en los mecanismos de afrontamiento. (Paliativos, 2008)

2.12.4 Apoyo Espiritual.

Todas las guías de cuidados paliativos mencionan la espiritualidad como un aspecto importante a considerar en los pacientes en la susceptible a recibir cuidados paliativos, además de que está presente en la definición de cuidados paliativos. El

bienestar psicoespiritual es una experiencia subjetiva que incorpora salud emocional y preocupaciones acerca del sentido de la vida; pero no resulta relevante que los profesionales sanitarios creen o no que existe diferencia entre cuerpo, mente y espíritu para ofrecer buenos cuidados paliativos. Las necesidades espirituales pueden deducirse de aspectos tales como los estados de ánimo o los problemas económicos de relaciones personales, etc. (Paliativos, 2008)

La espiritualidad se trata de una dimensión que reúne actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de los estrictamente racional y material. Partiendo de esta idea de espiritualidad y que no forzosamente vinculada a la religión, debe considerarse imprescindible la valoración de esta necesidad en cualquier paciente. Para la valoración de las necesidades espirituales existe el instrumento con el acrónimo SPIRIT de la Guía ICSI que debe incluir: sistema de creencias espirituales, espiritual personal, integración en una comunidad espiritual, rituales, restricciones, implicaciones para el cuidado médico y planificación de últimas disposiciones. (Paliativos, 2008)

2.12.5 Influencia de los aspectos espirituales en la evolución de los pacientes.

2.12.5.1 Sentido de la fe: Todos los estudios que hablan de fe se refieren a sus aspecto religioso mostrando que la fe otorga fuerza, se asocia a actitudes positivas con relación al diagnóstico y a la calidad de vida.

2.12.5. 2 Empoderamiento y confianza: Incluye ausencia de problemas económicos, sentido de autonomía y control, alegría y paz interior, ganas de vivir y cumplimiento del

proyecto vital. Estos aspectos están relacionados con aumento del bienestar psicoespiritual, una vida con significado, con la calidad de vida y con una buena muerte.

2.12.5.3 Vivir con sentido y esperanza: Los enfermos capaces de encontrar sentido a la vida y de tener esperanza tienen mayor bienestar psicoespiritual, mejor calidad de vida y menor sufrimiento psicológico. (Paliativos, 2008)

No existe evidencia apropiada que determina como debería proporcionarse la atención espiritual, se recomienda escuchar las experiencias del paciente y las preguntas que le puedan surgir, afirmar su humanidad, proteger su dignidad, autoestima e identidad y garantizar que se ofrezca apoyo espiritual como parte integral de una atención que abarque los cuidados psicológicos, espirituales, sociales y emocionales de acuerdo a las creencias del paciente o a su filosofía de vida. (Paliativos, 2008)

2.13 Apoyo psicosocial a la familia.

2.13.1 Necesidades de apoyo psicosocial de la familia.

Según los estudios son: ayuda domiciliaria, apoyo informal, información, ayuda económica y ayudas para el cansancio, la ansiedad y el aislamiento, los temas prioritarios para los cuidadores son la información y el apoyo psicológico aunque existe mucha información acerca de las necesidades de los cuidadores hay poca efectividad de las intervenciones. Otro aspecto que mencionan es la falta de calidad en los servicios, entendida como dificultades de acceso, exceso de trámites burocráticos, falta

de coordinación entre niveles y vacíos en la asistencia que hacen que teman por ejemplo los problemas que puedan surgir en fin de semana. (Paliativos, 2008)

2.14 Atención en los últimos días.

2.14.1 Agonía.

La fase terminal son los últimos días en la vida del enfermo requieren una atención especial, en esta etapa pueden aparecer nuevas necesidades y causas de sufrimiento tanto para el enfermo como para la familia, las cuales requieren un enfoque dirigido a potenciar el bienestar y el control físico, emocional, y espiritual, a fomentar la consecución de una muerte digna y en paz; y a apoyar a familiares y cuidadores para que el recuerdo de esta fase sea lo más positivo posible. El sufrimiento pobremente aliviado en los días previos a la muerte del enfermo se recuerda siempre por familiares y puede causar sufrimiento incluso por años. La atención en los últimos días del paciente implica un diagnóstico adecuado, comprender las características del sufrimiento del enfermo, proporcionar los mejores cuidados y apoyar a la familia y a los allegados. (Paliativos, 2008)

2.14.2 Diagnóstico, signos y síntomas en la fase terminal del paciente moribundo.

Algunas características que identifican a la persona en esta fase final son: Aumento de la sensación de cansancio, debilidad y somnolencia, menor interés por levantarse de la cama o recibir visitas, menor interés por lo que sucede alrededor, mayor frecuencia de confusión, ocasionalmente acompañada de angustia y agitación. (Paliativos, 2008)

2.14.3 Cuidados físicos: Revisar la medicación y suspender todos los tratamientos que no sean imprescindibles, asegurarse de que esté disponible la mediación que pueda ser necesaria y prepara alternativas, suspender todas las pruebas e intervenciones innecesarias, mantener la observación para obtener el mejor control de síntomas posible. (Paliativos, 2008)

2.14.4 Aspectos psicológicos: Explorar los temores y deseos del paciente, permitir al paciente expresar su tristeza y ansiedad, tranquilizarle respecto a los síntomas, asegurarle que se le ofrecerán todos los medios posibles para aliviar su sufrimiento. (Paliativos, 2008)

2.14.5 Aspectos sociales o familiares: Asegurarse de que la familia conoce el estado de muerte inminente del paciente, utilizar un lenguaje claro, sin ambigüedades, no dar por supuesto el conocimiento sobre la agonía, considerar todos los motivos de duda y preocupación que pueden surgir: cansancio, miedo a las responsabilidades, temor a no darse cuenta de que la muerte es inminente, sentimientos de culpa por momentos de distracción o descanso, proporcionar un ambiente tranquilo donde pasar los últimos días con el paciente. (Paliativos, 2008)

2.14.6 Aspectos espirituales: Mostrarse receptivo respecto a las necesidades culturales y religiosas del paciente y de su familia, facilitar el acceso del paciente a ritos, visitas de religiosos, si así lo desea. (Paliativos, 2008)

2.14.7 Aspectos relacionados con el entorno en el que el enfermo es atendido: Intimidad, higiene y facilidades para necesidades fisiológicas, ambiente tranquilo y

silencioso, libre de ruidos molestos, espacio suficiente que permita a familiares y amigos sentarse de forma confortable con el paciente, facilidades para que los familiares puedan pernoctar cerca del paciente para recibir confort en momentos difíciles y para poder permanecer fuera de la habitación. (Paliativos, 2008)

2.15 Sedación Paliativa.

Es la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal. La sedación en la agonía es un caso particular de la sedación paliativa y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. (Paliativos, 2008)

2.16 Duelo

El duelo humano se define como la reacción natural, normal y esperable de adaptación a la pérdida de un ser querido, que sufren familiares y amigos antes, durante y después de su fallecimiento. Es una experiencia de sufrimiento total, entendiendo por tal el proceso físico, psicoemocional, sociofamiliar y espiritual por el que pasa el doliente en todos esos momentos e incluye el conjunto de expresiones conductuales, emocionales, sociofamiliares y culturales del mismo. La reacción del duelo se caracteriza por ser única, es una vivencia completamente personal e intransferible; dinámica, cambiante momento a momento y con una cronología

compleja, no se sabe muy bien cuándo empieza ni cuando acaba. No es un enfermedad pero es un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, la muerte de un hijo o del cónyuge son consideradas las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona. (Paliativos, 2008)

III Aspectos éticos y legales sobre cuidados paliativos

4.1 Normas Internacionales

La Resolución OMS determina que teniendo presente que los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, planteamiento que se concreta en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y terapia del dolor y otros problemas, ya sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Reconoce que cuando están indicado son fundamentales para la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas, aumentar su alivio y reforzar su dignidad humana puesto que son un servicio de salud efectivo centrado en las personas que tienen en cuenta la necesidad de los pacientes de recibir información adecuada sobre su estado de salud, adaptada específicamente a ellos y a su cultura. (67 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 2014)

Reconoce también la necesidad de cuidados paliativos crecerá dado el envejecimiento de las poblaciones y el aumento de las enfermedades no transmisibles y otras enfermedades crónicas a nivel mundial por lo que insta a Estados Miembros a

que formule, refuerce y aplique según convenga políticas de cuidados paliativos en apoyo del fortalecimiento integral de los sistemas de salud y que deberá ofrecerse formación intermedia a todos los trabajadores sanitarios que habitualmente trabajan con pacientes afectados por enfermedades potencialmente mortales, por ejemplo profesionales de servicios de oncología, enfermedades infecciosas, pediatría, geriatría y medicina interna. (67 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 2014)

4.2 Normas Nacionales

En Chile, la Guía de Práctica Clínica Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos tiene el objetivo general de generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca de la entrega de cuidados paliativos en niños y adultos con cáncer avanzado. Proyectando únicamente el tipo de pacientes niños y adultos con cáncer avanzado que reciben tratamiento de cuidados paliativos en el nivel secundario de salud, tanto en el sector público de salud como en el privado. Para los fines de esta investigación no se encuentra mayor trascendencia. (SALUD, Diciembre 2017)

En la Ley General de Salud No. 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud como disposición general es importante recalcar qué:

Título I, Artículo 2º.- Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su

rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la constitución y las leyes.

Título II, Artículo 4º: Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado.

Artículo 5º.- En su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. En consecuencia, los prestadores deberán: a) Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida.

b) Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.

c) Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso. En todo caso, para la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para usos o fines periodísticos o publicitarios se requerirá autorización escrita del paciente o de su representante legal.

Párrafo 3º Del derecho a tener compañía y asistencia espiritual

Artículo 6º.- Toda persona tiene derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación interna de cada establecimiento, la que en ningún caso podrá restringir este derecho de la persona más allá de lo que requiera su beneficio clínico. Asimismo, toda persona que lo solicite tiene derecho a recibir, oportunamente y en conformidad a la ley, consejería y asistencia religiosa o espiritual.

Artículo 7º.- En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el

reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.

(Salúd, 2015)

Metodología

El presente estudio presenta los siguientes métodos:

Enfoque: Cuantitativo

Tipo: Transversal, descriptivo

Universo: Personal de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de Chile.

Población: Personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública de Santiago de Chile en Diciembre de 2018.

Plan de Muestreo: No probabilístico por conveniencia

Tamaño de la muestra: 9 participantes incluidos para la recolección de datos.

Variables Independientes:

- Edad
- Sexo
- Experiencia Laboral
- Rango Laboral
- Grado Académico

Variable Dependiente:

- Cuidados paliativos al paciente en estado crítico
- Perspectiva de participación de cuidados paliativos al paciente en estado crítico

- Intervenciones de enfermería de cuidados paliativos al paciente en estado crítico

Técnicas de Recolección: Entrevista a través de visitas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Urgencia Asistencia Pública de Santiago de Chile Diciembre 2018.

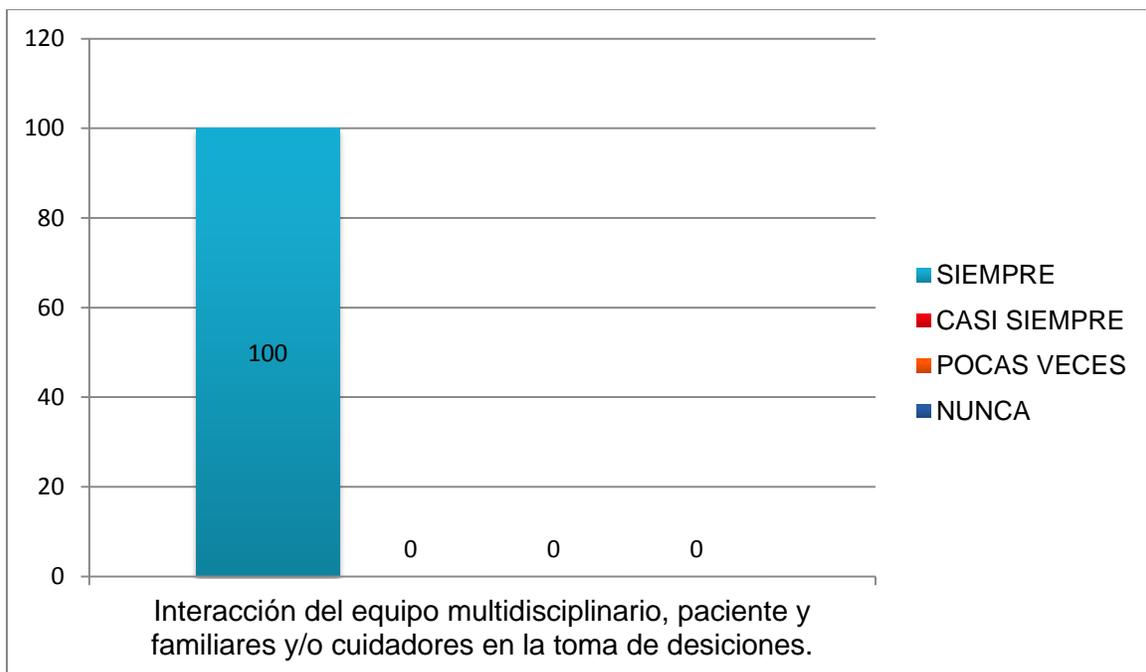
Instrumento: Cuestionario Cuidados Paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos (Anexo 2)

Procesamiento y Análisis de datos: SPSS Versión 20.0

Resultados

De acuerdo a la aplicación del instrumento, los resultados para la descripción de Cuidados Paliativos de Enfermería al paciente en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos del HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA estos son los resultados:

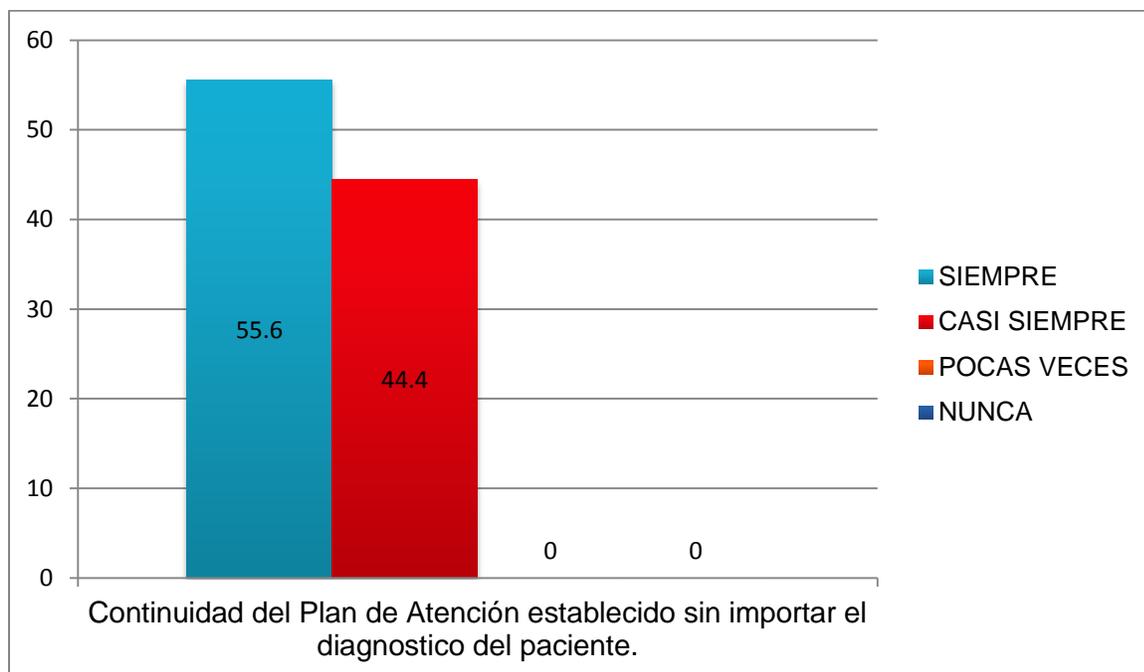
La **Gráfica 1.1** muestra que el 100% de los participantes respondieron que si existe la interacción entre los involucrados con el estado de salud del paciente para la toma de decisiones.



Gráfica 1.1 Interacción del equipo multidisciplinario, paciente y familiares y/o cuidadores en la toma de decisiones.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

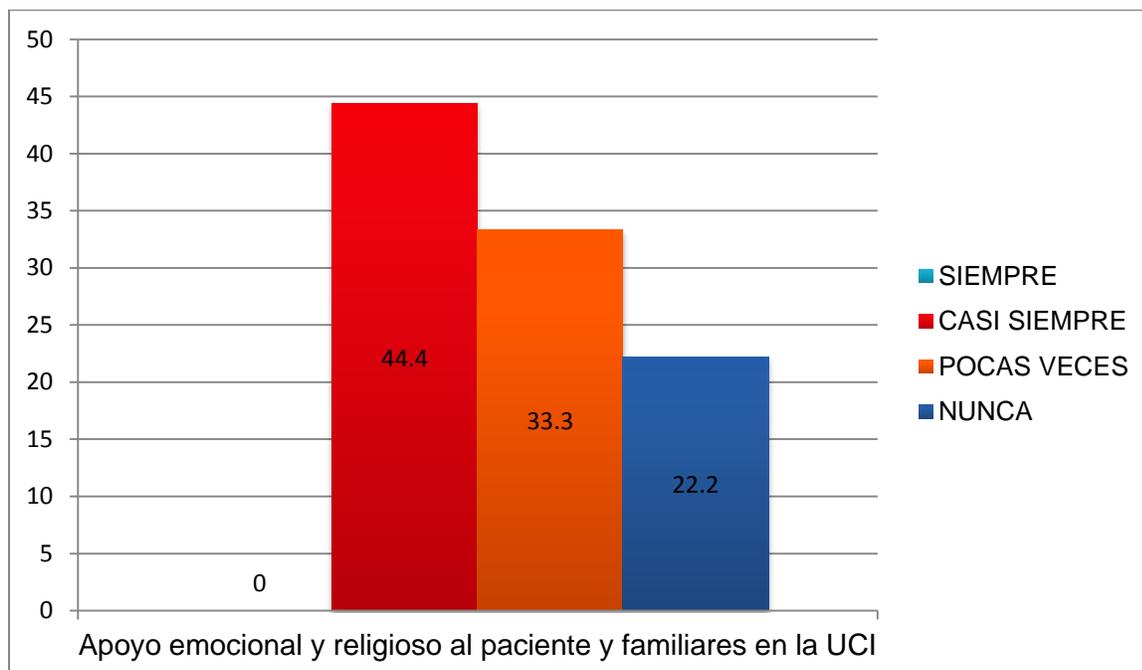
En la **Gráfica 1.2** podemos observar que del total de participantes el 55.6% de los participantes respondieron que siempre se sigue con el Plan de Atención establecido sin importar cual sea el diagnostico médico del paciente, el 44,4% respondió que casi siempre, puesto que en ocasiones se siguen voluntades de los familiares o del mismo paciente antes de caer en condición de estado crítico tales como donación de órganos, deseo de no reanimación, entre otras.



Gráfica 1.2. Continuidad del Plan de Atención establecido sin importar el diagnostico del paciente.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

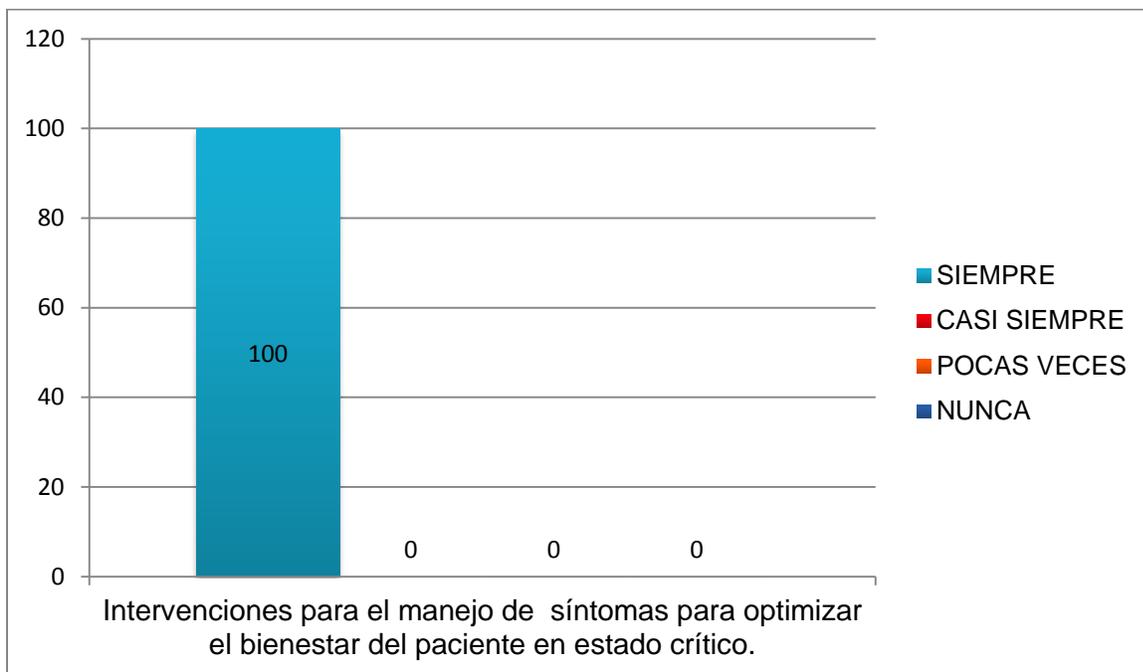
A continuación, la **Gráfica 1.3** muestra los resultados en donde el personal de enfermería que participó en este estudio respondió que un 44.4% casi siempre brinda apoyo emocional y religioso, un 33.3% pocas veces y un 22.2% no lo brinda nunca puesto que la mayoría refirió que se enfoca en cuidados de soporte vital, específicos de la patología, agregado que la mayoría de pacientes se encuentran bajo efectos de sedoanalgesia, coma inducido o no y la comunicación no es posible para brindar estos cuidados.



Gráfica 1.3. Apoyo emocional y religioso a pacientes y familiares de la UCI

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

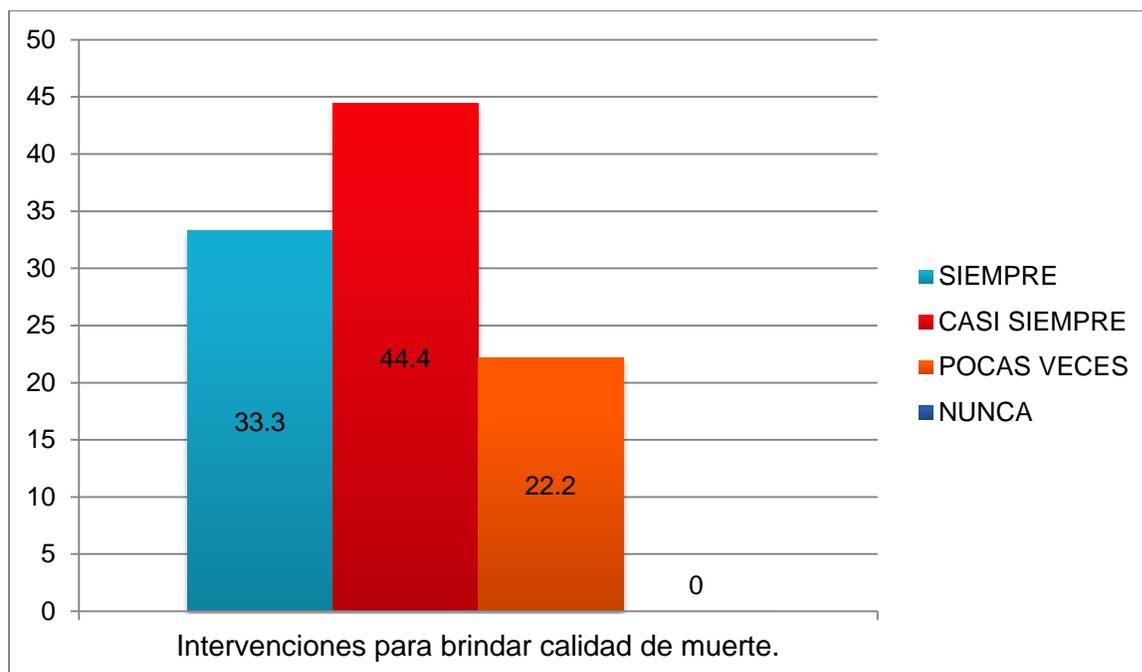
La **Gráfica 1.4** muestra que el 100% de los participantes proporciona intervenciones para que el manejo de síntomas optimice el bienestar del paciente respondieron en su totalidad que siempre lo hacen, viendo esto no propiamente como un cuidado paliativo sino como una actividad dentro de la rutina diaria.



Gráfica 1.4. Intervenciones para el manejo de síntomas para optimizar el bienestar del paciente.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

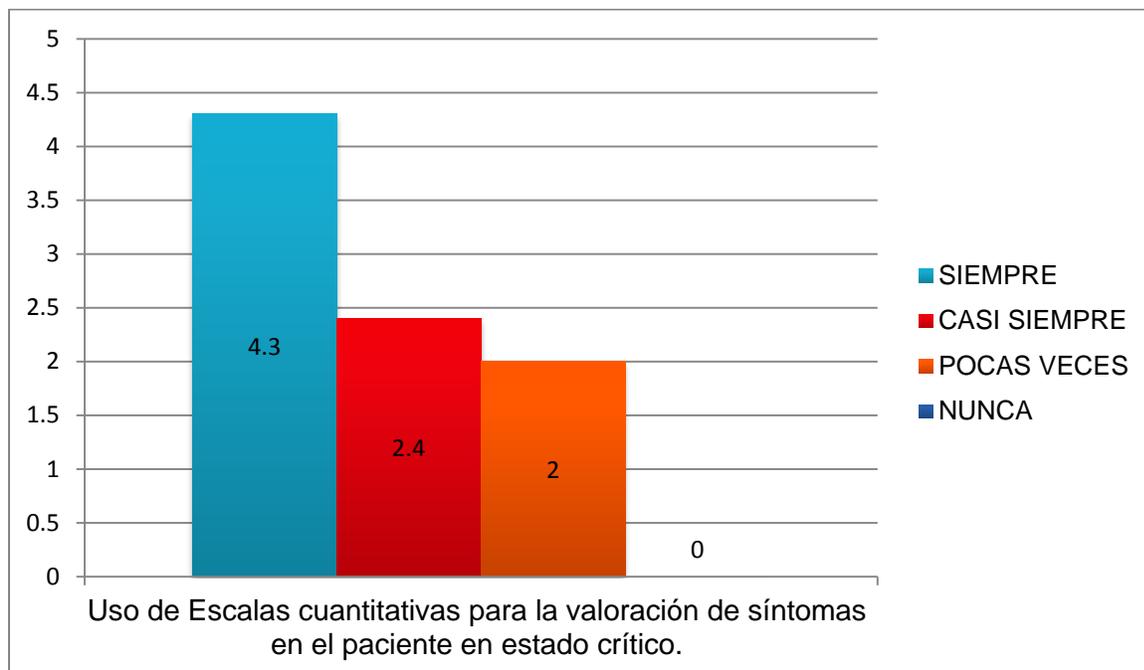
En la **Gráfica 1.5** podemos observar que en el tema de Calidad de Muerte un 33.3% de los participantes respondieron que siempre realizan intervenciones para esta, el 44.4% refiere que casi siempre y sólo un 22.2% respondió que nunca justificando que hay ocasiones en que la gravedad del paciente no permite realizarlas siendo prioridad el soporte vital.



Gráfica 1.5. Calidad de Muerte al paciente en estado crítico.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

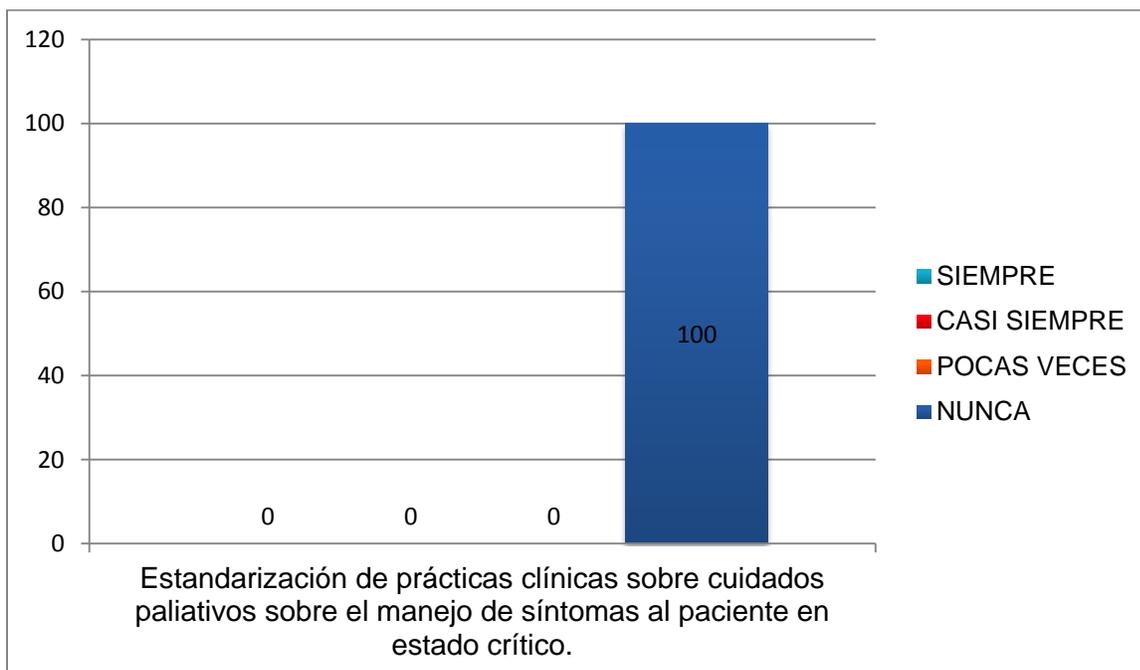
La **Gráfica 1.6** muestra como el 100% de los participantes respondieron que utilizan escalas cuantitativas (Anexo 1) para la valoración de síntomas en el paciente en estado crítico tanto en los que pueden comunicarse verbalmente como en los que no.



Gráfica 1.6. Uso de Escalas cuantitativas para la valoración de síntomas en el paciente en estado crítico.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

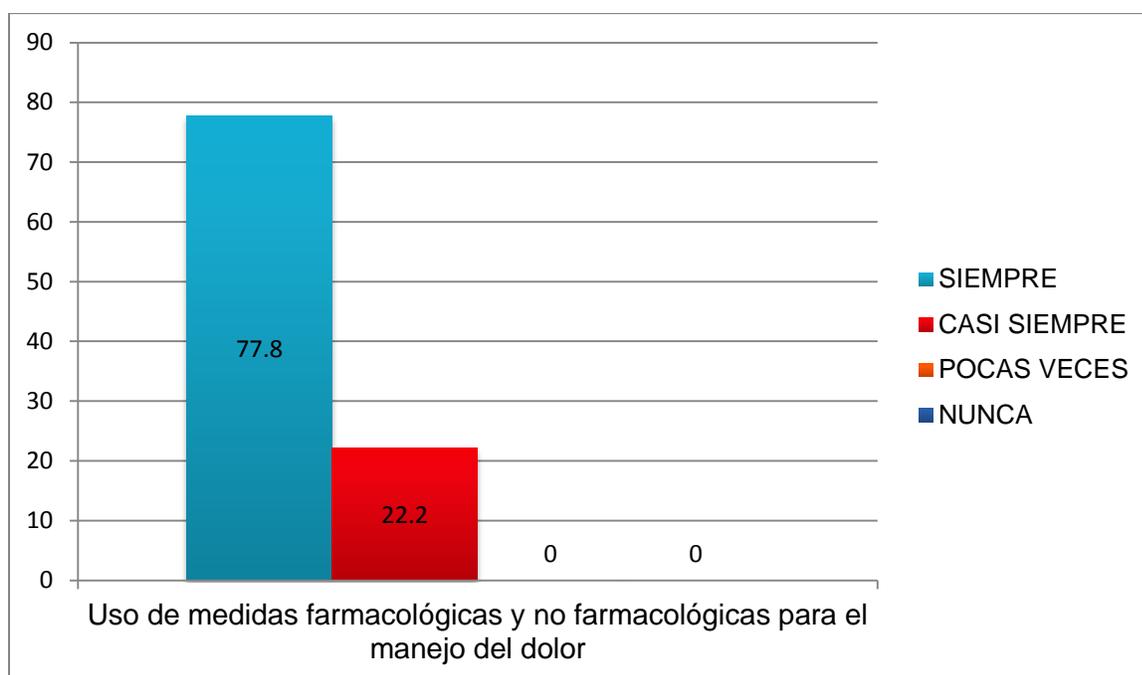
En la **Gráfica 1.7** podemos observar que el 100% de los participantes , respondió que no existe un estandarización de prácticas clínicas tales como protocolos o guías para el manejo de síntomas al paciente en estado crítico a nivel institución que hable sobre cuidados paliativos.



Gráfica 1.7. Estandarización de prácticas clínicas sobre cuidados paliativos sobre el manejo de síntomas en el paciente en estado crítico.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

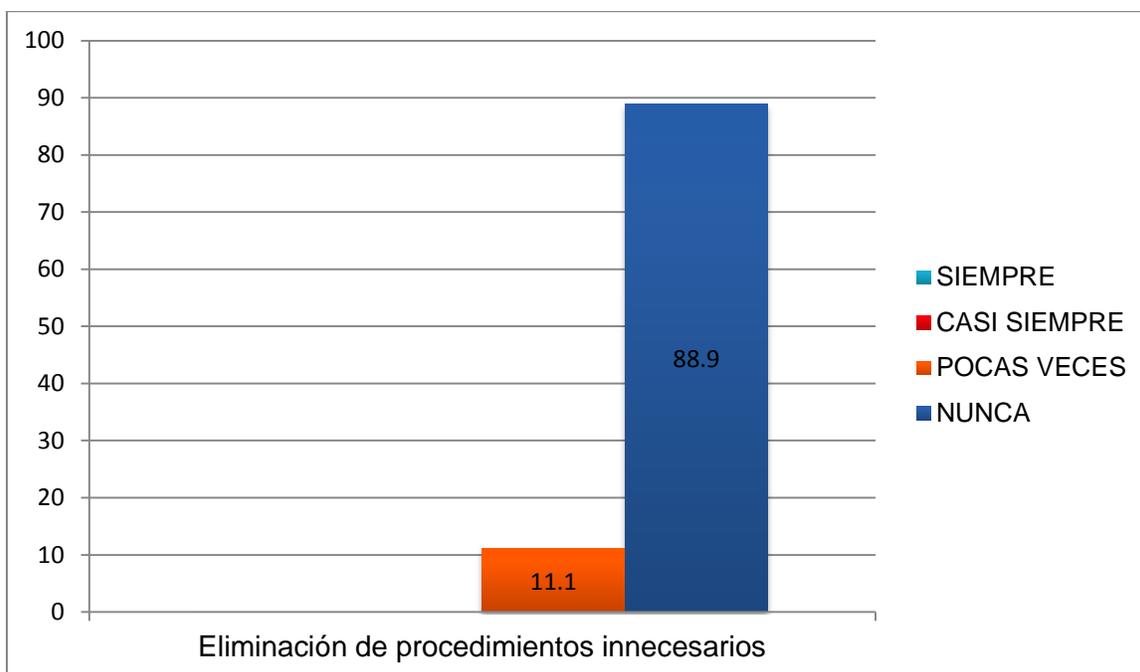
A continuación, la **Gráfica 1.8** demuestra que todos los participantes realizan intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el manejo adecuado del dolor al paciente en estado crítico puesto que un 77.8% respondió que siempre y un 22.2% que casi siempre, cabe destacar que esta es también una medida rutinaria y no es observada propiamente como cuidado paliativo.



Gráfica 1.8. Uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del dolor en el paciente en estado crítico.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

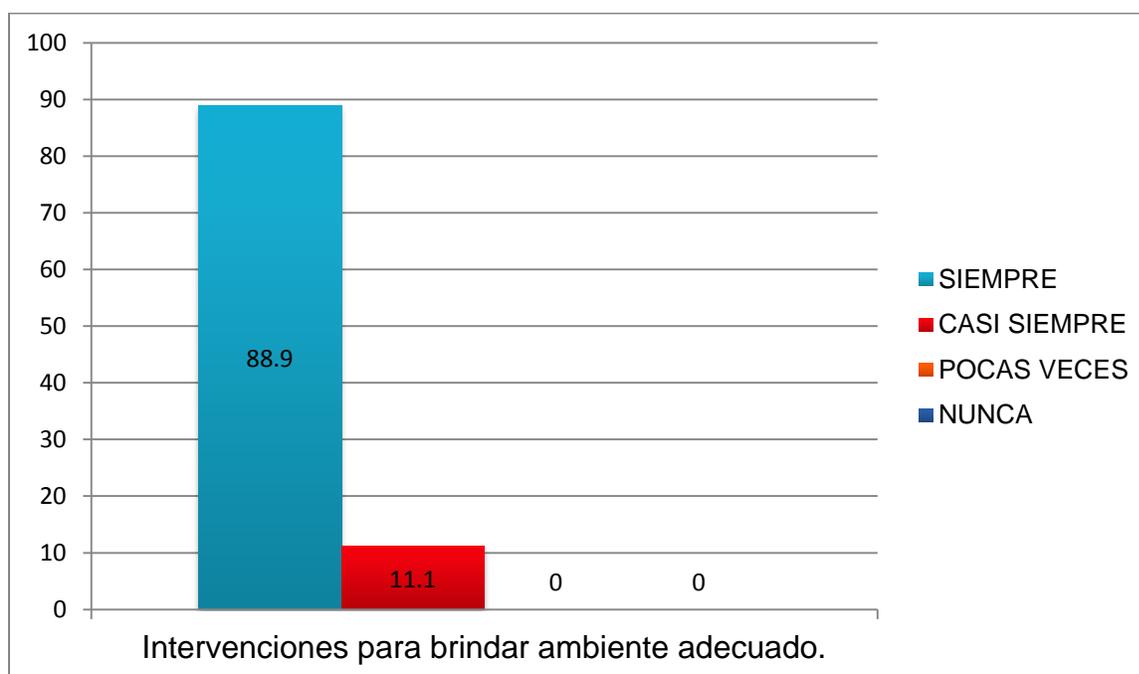
En la **Gráfica 1.9** podemos observar como del 100% de los participantes la mayoría respondió que nunca se eliminan procedimientos para el diagnóstico y/o terapéuticos argumentando que ninguno procedimiento es innecesario puesto que a pesar de tratarse de un paciente en condición muy grave sigue siendo paciente recuperable al encontrarse en la UCI.



Gráfica 1.9. Eliminación de procedimientos diagnóstico y/o terapéuticos innecesarios (laboratorios, rayos x, tomografías, procedimientos invasivos, etc.) al paciente en estado crítico en la UCI.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

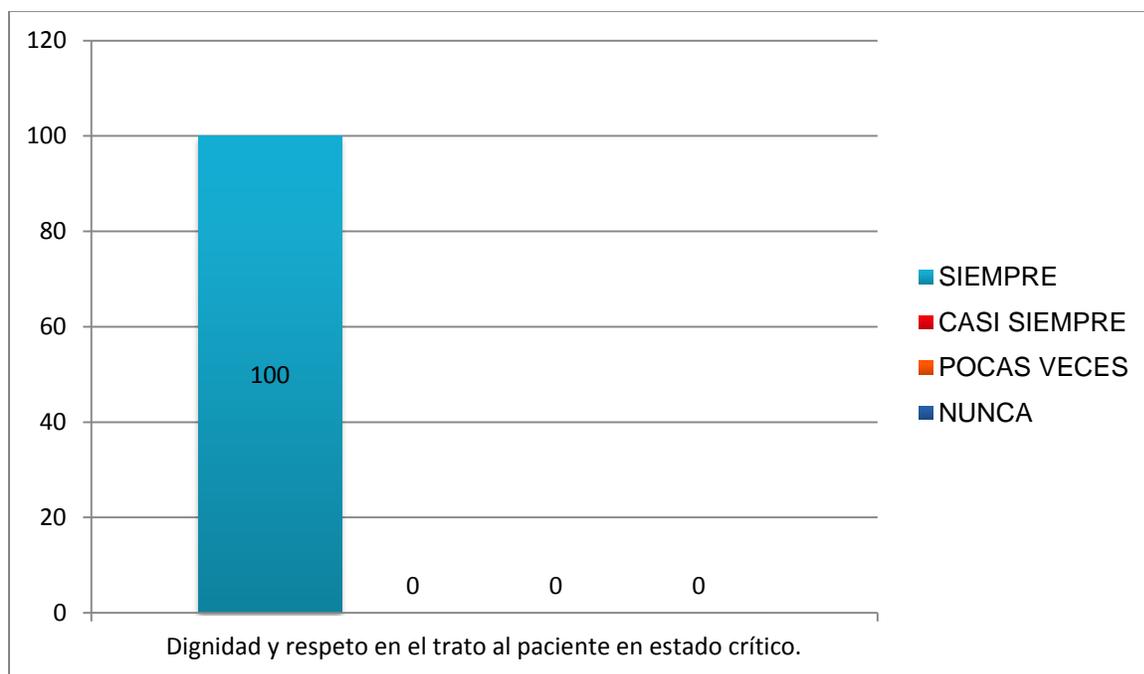
A continuación podemos observar que en la **Gráfica 1.10** en donde se preguntó a los participantes si brindan intervenciones para brindar un ambiente adecuado y que elimine situaciones como ruido, iluminación molesta y factores de angustia al paciente estado crítico el 88.9% respondió que siempre lo realiza y el 11.1% que casi siempre, desde la perspectiva de los cuidados de enfermería en la UCI, este forma parte de un cuidado rutinario.



Gráfica 1.10. Intervenciones de enfermería para evitar y eliminar ambientes ruidosos, muy iluminados y todos aquellos que condiciones angustia al paciente en estado crítico en la UCI.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

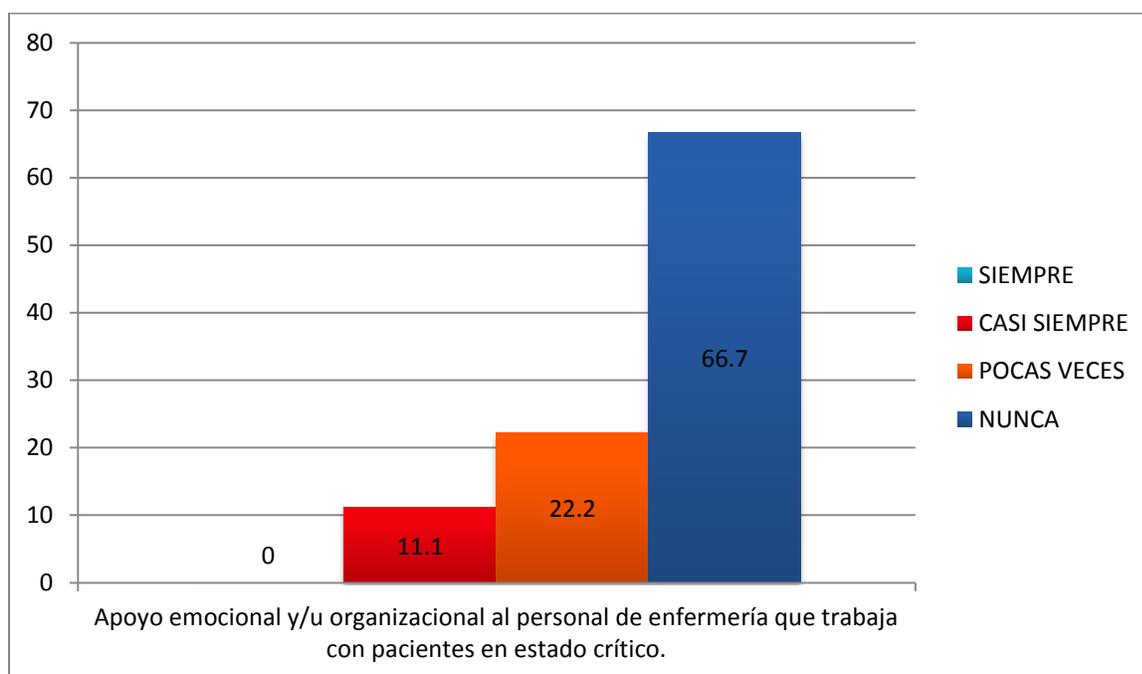
La **Gráfica 1.10** nos ayuda a demostrar que el personal de enfermería que participó en este estudio respondió en su totalidad que siempre mantiene la dignidad y respeto en el trato al paciente en estado crítico en la UCI, este no sólo es un cuidado paliativo de acuerdo a la bibliografía sino forma parte de las bases de enfermería para el ejercicio de la profesión.



Gráfica 1.10. Trato al paciente en estado crítico con dignidad y respeto.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

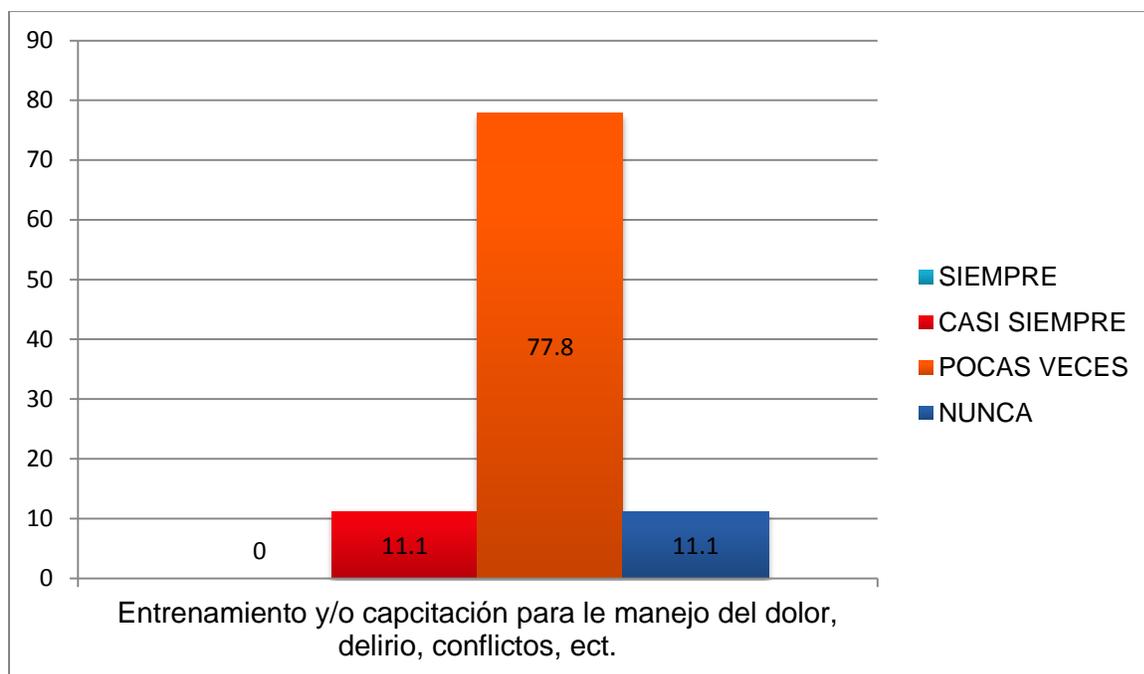
Al preguntarles a los profesionales de enfermería de este estudio sobre si reciben algún tipo de apoyo emocional y/u organizacional para la atención al paciente en estado crítico encontramos que la mayoría de los participantes respondieron en un 66.7% que nunca como se muestra en la **Gráfica 1.11** sin embargo encontramos algunas circunstancias que podrían fungir como apoyo y entonces dependería de la perspectiva del personal sobre como desearían el apoyo.



Gráfica 1.11. Apoyo emocional y/u organizacional por parte de la institución al personal de Enfermería para el cuidado del paciente en estado crítico.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

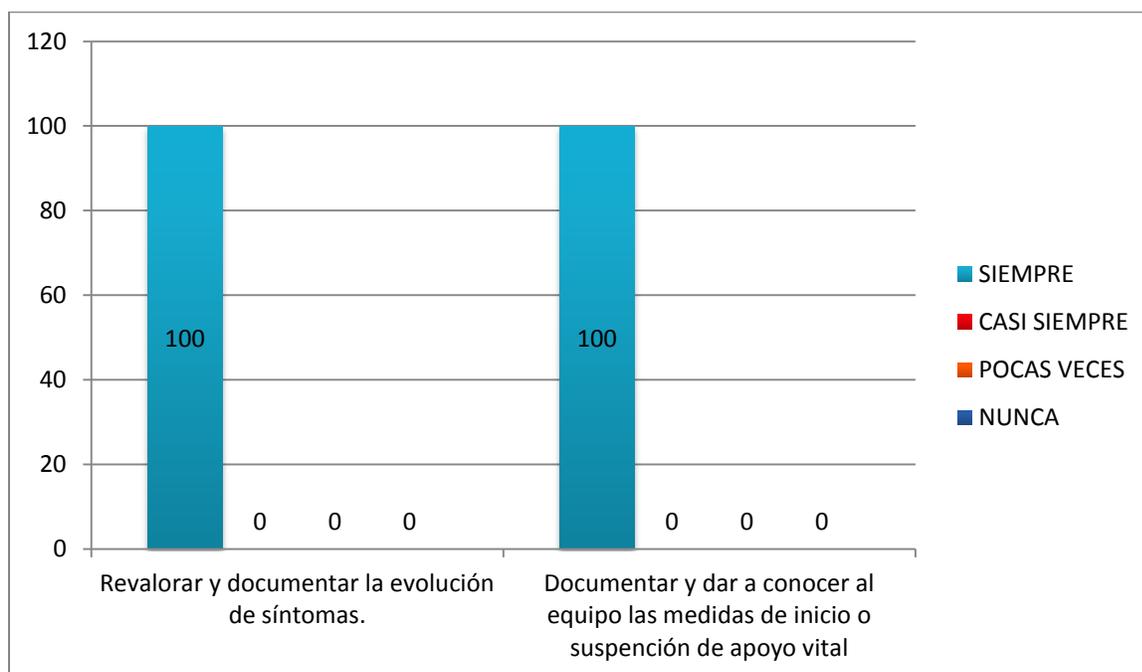
En el instrumento utilizado también se preguntó al personal que participó sobre si recibe algún tipo de entrenamiento y/o capacitación para el manejo del dolor, delirio, conflictos, etc. para el cuidado del paciente en estado crítico y el 77.8% respondió que pocas veces, y esta como parte del cuidado al paciente en estado crítico y no abordándolo como cuidados paliativos, se muestra a continuación.



Gráfica 1.12. Capacitación y/o entrenamiento sobre el manejo de dolor, delirio, conflictos y cuidados paliativos al personal de Enfermería para el cuidado del paciente en estado crítico.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

La **Gráfica 1.13** muestra que el personal de enfermería que participó en este estudio respondió que siempre revalora y documenta en el expediente del paciente la evolución de los síntomas, y también lo realiza si se trata de utilizar medidas de apoyo de soporte vital o la suspensiones de estas.

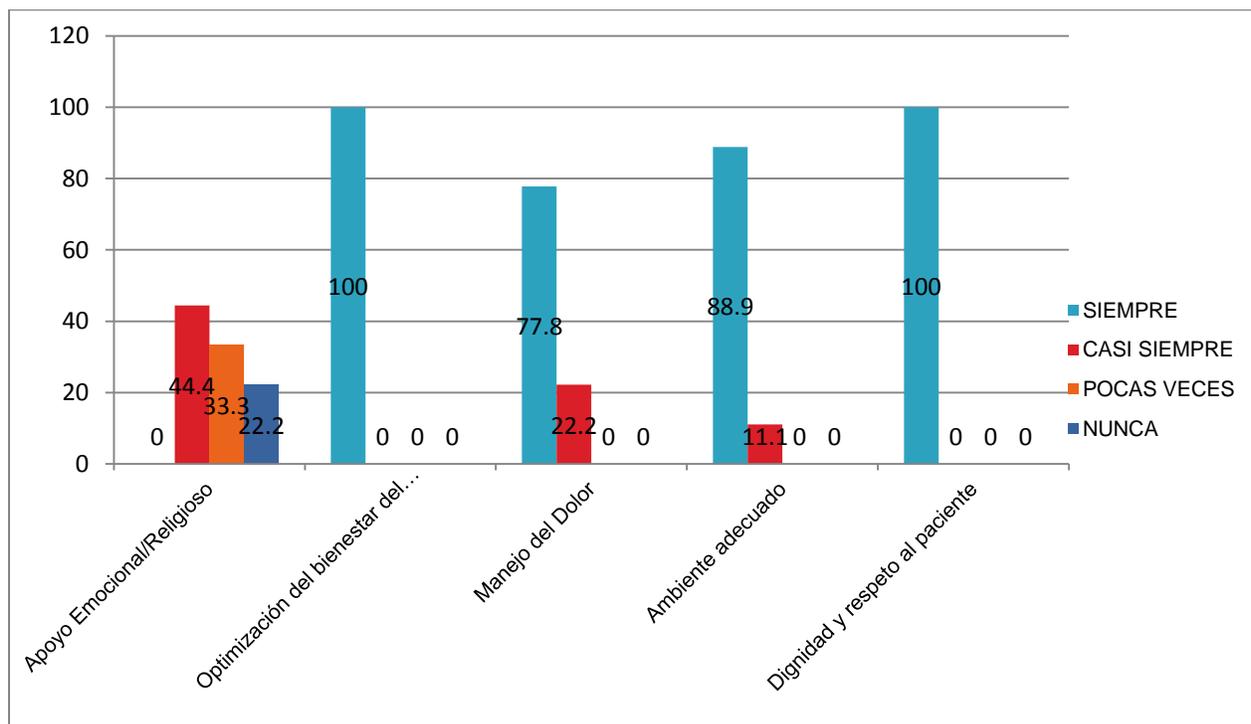


Gráfica 1.13. Documentación de la evolución de los síntomas y el inicio o la suspensión de medidas de apoyo vital al paciente en estado crítico.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

De acuerdo a las intervenciones de Cuidados Paliativos que el personal de enfermería proporcionan al paciente en estado crítico en la UCI para satisfacer las necesidades fisiológicas, espirituales, psicológicas y sociales encontramos lo siguiente:

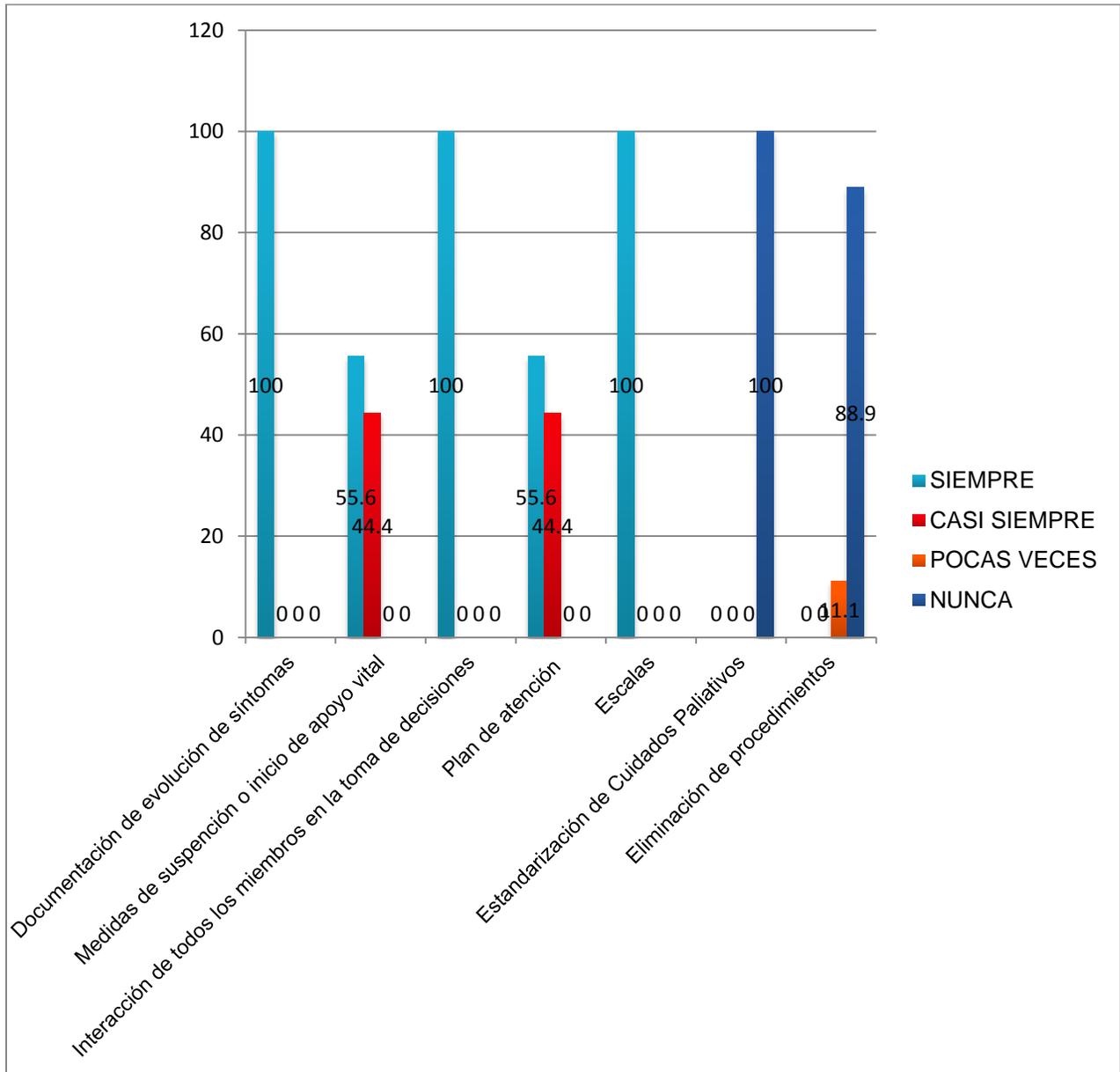
La **Gráfica 2.1** muestra que dentro del marco de cuidados paliativos el personal de enfermería brinda un cuidado que abarca la satisfacción de las necesidades en todos los ámbitos, excepto en el que abarca el de brindar apoyo emocional y religioso al paciente y la familia, como los observamos en la Gráfica 1.1. el personal refirió que se da prioridad a otras intervenciones, es decir bajo esta perspectiva es más necesario brindar intervenciones para el manejo de síntomas como el dolor pasando a segundo plano el apoyo agregado a que no existe un protocolo o guía para esta práctica.



Gráfica 2.1. Intervenciones de cuidados paliativos de enfermería en necesidades fisiológicas, psicológicas, espirituales y sociales.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

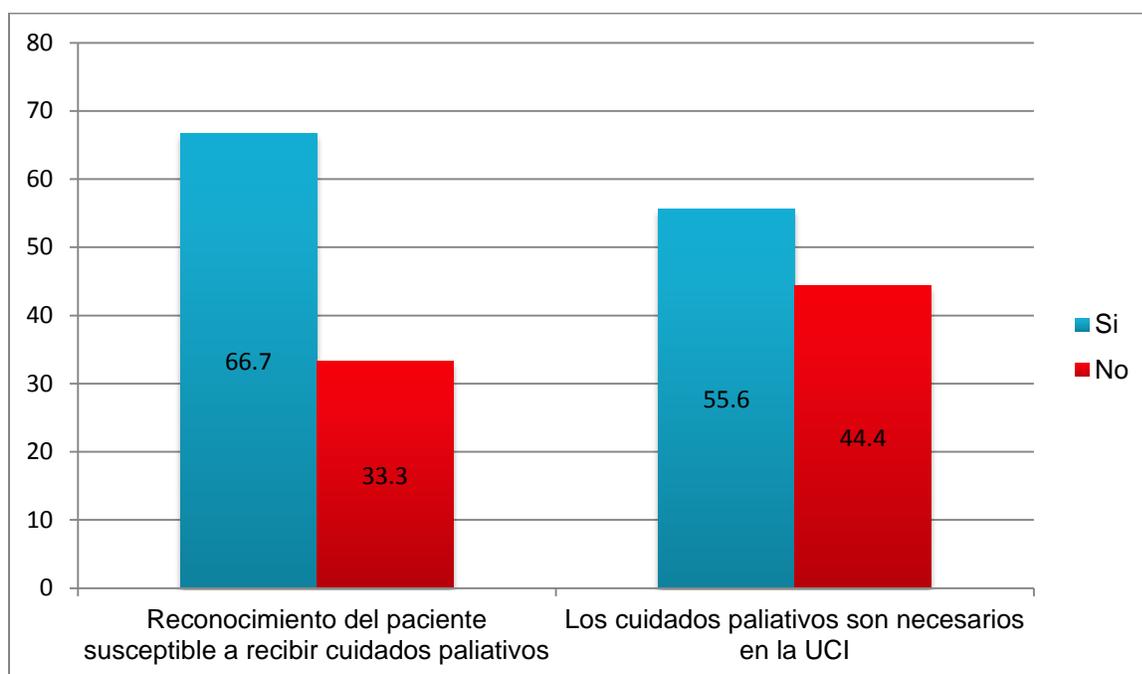
A continuación la **Gráfica 2.2** muestra la percepción que respondió el personal de enfermería sobre su participación sobre cuidados paliativos al paciente en estado crítico.



Gráfica 2.2. Intervenciones de cuidados paliativos de enfermería al paciente en estado crítico.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

En la **Gráfica 2.3** se muestra como la mayoría del personal de enfermería que participó en este estudio es capaz de reconocer al paciente que necesita cuidados paliativos, en contraste al preguntar si los cuidados paliativos son necesarios en la UCI, la diferencia es muy poca entre el si y no. Podríamos determinar este como un resultado trascendental para hacer uso de la capacitación y adquisición de conocimiento sobre cuidados paliativos al personal de Enfermería.



Gráfica 2.2. Percepción de cuidados paliativos en la UCI.

Fuente: Entrevista (Anexo 2) II. Cuidados Paliativos de Enfermería en el paciente en estado crítico.

Conclusión

De acuerdo a los datos que se obtuvieron en este estudio podemos determinar que algunos de los cuidados paliativos de enfermería son dados al paciente en estado crítico en condición amenazante para la vida de manera rutinaria sin que el mismo personal esté consciente de ello, como lo describe la bibliografía usada la información insuficiente, la falta de conocimiento y la perspectiva del personal (multidisciplinario y no sólo de enfermería) hacia la muerte son los grandes factores que influyen para que estos no sean aceptados en la UCI y por ende no existan protocolos o guías diseñadas para brindarlos en las terapias intensivas.

Así mismo, podemos notar que algunos cuidados paliativos de enfermería como manejo del dolor, brindar dignidad y respeto en el trato al paciente, las condiciones para proporcionar un ambiente adecuado, uso de escalas para la valoración de síntomas, entre otros entran en la clasificación de cuidados intensivos o de alguna patología por lo que se vuelven rutinarios y sus características permiten tecnificarnos y volvernos expertos en su aplicación, sin embargo los que tienen que ver con las necesidades espirituales, emocionales y religiosas no son aplicados con la misma "facilidad" al tener que ser estos explícitamente personales de cada uno de los pacientes y que tienen que ver también con la perspectiva del personal a cargo.

Las mejoras a realizar podrían ser alentadas por una reflexión ética y por la opinión de expertos que están trabajando por la implementación de cuidados paliativos en la UCI, la muerte va formar parte siempre de la realidad de las terapias intensivas por las características de los pacientes que ahí se atienden por lo que contar con la

información suficiente podría ser el primer paso para el desarrollo de protocolos diseñados para la prácticas de cuidados paliativos al paciente en estado crítico dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos.

Recomendaciones

Considerar las necesidades emocionales, espirituales, religiosas y psicosociales tan importantes y demandantes como las fisiológicas ayudarían a abordar al paciente de una manera holística, no sólo para la mejoría de la condición crítica del paciente sino en el nivel de satisfacción humana del mismo.

Todas las organizaciones de salud (públicas y/o privadas) deberían garantizar el brindar cuidados paliativos, lo ideal sería que en todos los servicios el equipo multidisciplinario conociera y/o contaran con un plan de atención paliativa, anteponiendo y priorizando las Unidades de Cuidados Intensivos por el tipo de pacientes que ahí se atienden.

Conocer la descripción de la situación de las Unidades de Cuidados Intensivos en materia de Cuidados Paliativos es sin duda alguna el primer paso para buscar la integración de estos con los Cuidados Intensivos, el siguiente podría ser la búsqueda de proporcionar información constante a través de capacitaciones constantes y el diseño de planes de atención por expertos en el tema.

Anexos

Anexo 1. Escalas usadas para la valoración del paciente en estado crítico en condición amenazante para la vida en las unidades de cuidados intensivos.

1. Escala Visual Analógica (EVA)

Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. (Paliativos, 2008)

Sin dolor _____ Máximo dolor

2. Escala Numérica (EN)

Es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el nivel de su dolor. (Paliativos, 2008)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sin dolor _____ Máximo dolor

3. Escala Categórica (EC)

Se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías resulta mucho más fácil. (Paliativos, 2008)

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

4. Escala Ramsay

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY	
Ansioso, agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta sólo a órdenes verbales	3
Dormido con respuesta a estímulo auditivo leve	4
Dormido con respuesta a estímulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6

Anexo II. Cuestionario Cuidados Paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos.

(Instrumento de Recolección de datos) (Hernández, 2018).

<p>DATOS PERSONALES:</p> <p>Sexo:</p> <p>Edad:</p> <p>Turno:</p> <p>Grado Académico:</p> <p>Tiempo Experiencia Laboral:</p> <p>Rango Laboral:</p>
<p><i>1. Paciente en estado crítico que necesita cuidados paliativos.</i></p> <p>1. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que a nivel mundial dentro del periodo 2013-2016 la principal causa de muerte fue Cardiopatías Isquémicas seguido por Stroke, las condiciones en Latinoamérica es similar, ¿Se refleja esta condición con el tipo de pacientes que se encuentran en la UCI?</p> <p>A. Sí, coinciden el tipo de pacientes en esta UCI con lo que determinó la OMS</p> <p>B. No, tenemos pacientes de un tipo totalmente diferentes</p> <p>C. No sé, hay pacientes de este tipo pero no en su mayoría</p> <p>D. No se puede obtener una estimación del total de pacientes.</p> <p>2. ¿Cuál es el paciente susceptible a recibir cuidados paliativos?</p> <p>A. Es aquel que cursa con una enfermedad o condición avanzada crónica e incurable que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos y oncológicos independientemente del pronóstico de tiempo de sobrevivida. (OPS, Pan American Health Organization, 2015)</p> <p>B. A la persona que sólo espera morir a la brevedad posible por situaciones ajenas al personal de salud.</p> <p>C. Aquel que independientemente de su situación de salud necesita apoyo psicosocial y espiritual.</p> <p>D. Pacientes con cáncer</p> <p>3. ¿Son necesarios los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos?</p> <p>A. Sí</p> <p>B. No</p> <p>C. No cuento con la información suficiente para responder esta pregunta</p> <p>D. Todas las anteriores</p>

II. Cuidados Paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos

4. ¿Usted observa la interacción con el paciente en estado crítico, familiares (y/o cuidadores) y el equipo multidisciplinario tratante para la toma de decisiones?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

5. ¿Usted continua el plan establecido de atención sin importar el diagnostico del paciente en estado crítico?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

6. ¿Usted brinda apoyo emocional y religioso a pacientes en estado crítico y familiares?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

7. ¿Usted proporciona intervenciones para el manejo de síntomas para optimizar el bienestar del paciente en estado crítico?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

8. ¿Usted brinda calidad de muerte al paciente en estado crítico?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

9. ¿Usted utiliza escalas cuantitativas para la valoración de síntomas al paciente en estado crítico tanto en los que pueden comunicarse como en los que están imposibilitados para comunicarse?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

10. En su Unidad de Cuidados Intensivos, ¿Existe una estandarización de prácticas clínicas para el manejo de síntomas en el paciente en estado crítico?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

11. ¿Usted usa medidas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del dolor en el paciente en estado crítico?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

12. ¿Usted revalora y documenta la evolución de los síntomas una vez instituidas las maniobras terapéuticas de su unidad de cuidados intensivos al paciente en estado crítico?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

13. ¿Usted instituye, documenta y/o da a conocer entre todo el grupo de atención, incluyendo a los familiares las medidas de suspensión o no iniciación del apoyo vital al paciente en estado crítico?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

14. En su unidad de cuidados intensivos, ¿Se eliminan procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos innecesarios (laboratorio, rayos X, tomografías, procedimientos invasivos, etc.) al paciente en estado crítico?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

15. ¿Usted evita y elimina ambientes ruidosos, muy iluminados y todos aquellos que condicionen angustia al paciente en estado crítico y familiares?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

16. ¿Usted mantiene la dignidad y el respeto en el trato al paciente en estado

crítico?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

17. ¿Usted recibe algún tipo de apoyo emocional y/o organizacional para la atención al paciente en estado crítico?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

18. ¿Usted ha recibido algún tipo de entrenamiento y/o capacitación en manejo de dolor, delirio, conflictos, etc., para el paciente en estado crítico?

- A. SIEMPRE
- B. CASI SIEMPRE
- C. POCAS VECES
- D. NUNCA

Anexo III. Cronograma de Actividades.

No	Actividad/Mes	UAGro	Estancia de Investigación: USACH					UAGro	
		Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	
1.	Anteproyecto de Investigación.	√							
2.	Revisión Bibliográfica		√						
3.	Preparación de material para visitas UCI			√					
4.	Visita a UCI HUAP				√				
5.	Recolección de Datos					√			
6.	Presentación USACH					√			
7.	Análisis de datos					√	√		
8.	Preparación de material para presentación UAGro						√		
9.	Elaboración de Cartel						√	√	
10.	Examen Profesional de Titulación							√	

Trabajos citados

- 67 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, O. (2014). Fortalecimiento de los Cuidados Paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida., (págs. 38-43). Ginebra.
- Barbero, J., & Díaz, L. (2007). Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 71-86.
- Campo, G. B. (Mayo-Agosto de 2016). INTEGRACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE CUIDADOS. *Cuadernos de Bioética*, XXVII, 175-184.
- Carrillo Esper, R., Carrillo Córdoba, J. R., & Carrillo Córdoba, L. D. (Octubre- Diciembre de 2007). Cuidados Paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva. *Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, XXI(4), 207-216.
- Carrillo Esper, R., Carrillo Córdoba, J. R., & Carrillo Córdoba, L. D. (2007). Cuidados Paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva. *Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 207-216.
- DOF. (1984). *Ley General de SALUD*. Estados Unidos Mexicanos.
- DOF. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intesivos.
- DOF. (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en Sistema Nacional de Salud.
- Espinoza, M., Luengo, L., & Sanhueza, O. (Diciembre de 2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. *Aquichan*, 16(4), 430-446.
- Figueredo da Silva, C., Melo Souza, D., Chaves Pedreira, L., Ribeiro don Santos, M., & Faustino, T. N. (2013). Percepciones del equipo multiprofesional sobre la implementación de cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 18(9), 2597-2604.
- Gálvez González, M., & Muñumel Alameda, G. (2010). Cerrando la brecha entre los cuidados paliativos y los cuidados intensivos. *Index Enfermería*, 19(2-3), 191-195.
- GHO, G. H. (2015 йил Enero). *Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners*. From http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/

- Ginebra, O. (2016). *Estimaciones de Salud Global 2016: Muertes por causa, edad, sexo, por país y por región*. Sin especificar: Organización de las Naciones Unidas .
- Girbau Campo, M. B., Monedero Rodríguez, P., & Centeno Cortés, C. (Mayo-Agosto de 2016). INTEGRACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE CUIDADOS. *Cuadernos de Bioética*, XXVII(2), 175-184.
- Girbau, M. B., Monedero, P., & Centeno, C. (Septiembre-Diciembre de 2017). El buen cuidado de pacientes que fallecen en unidades de cuidados intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(3), 339-349.
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2017). Sistema de Salud en México. *Salúd Pública en México*.
- GPC. (2010). *Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos*. México: Secretatía de Salud.
- Heras La Calle, G., Cruz Martín, M., & Nin, N. (2016). Buacndo humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileña de Terapia Intensiva*, 29(1), 9 - 13.
- Hernández, N. (2018). Cuidados Paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Journal Club*.
- Hernández-Belmonte, A., & Ferrer-Colomer, M. (Septiembre-Diciembre de 2009). CONOCIMIENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL PACIENTE NO ONCOLÓGICO. *Cuadernos de Bioética*, XX(3), 540-541.
- HUAP. (31 de Enero de 2019). *Hospital de Urgencia Asistencia Publica*. Obtenido de <https://huap.redsalud.gob.cl/quienes-somos/nuuestra-historia/#>
- Kaneko-Wada, F. d., Domínguez-Cherit, G., Colmenares-Vásquez, A. M., Santana Martínez, P., Gutiérrez Mejía, J., & C. Arroliga, A. (2015). El proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Punto de vista médico, tanatológico y legislativo. *Gaceta Médica de México*, 151, 628-634.
- Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., & Saralegui, I. (2007). Cuidados Paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vdia del siglo XXI. . *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30 (Supl.3), 113-128.
- Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., & Saralegui, I. (2007). Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *Anales Sanitarios*, 30, 113-128.

- López Mantecón, A. M., Manchado Vázquez, L. I., Hernández Quintero, O., Arvelo Figueredo, M., González Hernández, C., & Reyes Méndez, M. C. (2014). Exploración del conocimiento sobre cuidados paliativos en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología*, XVI(1), 5 - 14.
- Ministerio, d. S. (2005). Evaluación, seguimiento y acompañamiento de la Reforma de salud en Chile. Santiago.
- Monzón Marín, J. L., Saralegui Reta, I., Abizanda I Campos, R., Cabré Pericas, L., Iribarren Diarasarri, S., Martín Delgado, M., . . . Guardiola, F. (2008). Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 121-133.
- OCDE. (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014*. Sin Especificar.
- OPS. (2012). *Capítulo 4: Condiciones de salud y sus tendencias. Mortalidad en las Américas* (Vols. I-Regional). Washintong, DC: Salud en las Américas: edición 2012.
- OPS. (2015). *Pan American Health Organization*. Obtenido de <http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators-mortality/mnu-amenable-en.html>
- Paliativos, G. d. (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. En *Madrid:Plan Nacional para el SNS del MSC*. Madrid.
- Pastrana, T., De Lima, L., Pons, J. J., & Centeno, C. (2013). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Edición Cartográfica 2013*. Houston:IAHPC Press.
- Pichardo García, L. M., & Diner, K. (Julio-Septiembre de 2010). La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Un visión desde la enfermería. *Anales Medicos*, 55(3), 161-1661.
- Piedrafita, A. Y. (2015). Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*.
- Piedrafita-Susín, A. B., Yoldi-Arzo, E., Sánchez-Fernández, M., Zuazua-Ros, E., & Vázquez-Calatayud, M. (2015). Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 153-165.
- Rippel Silveira, N., Pereira do Nascimento, E. R., Martins da Rosa, L., Jung, W., Martins, S. R., & Dos Santos Fontes, M. (Noviembre-Diciembre de 2016).

Cuidado paliativo y los enfermeros de cuidado intensivos: sentimientos que se quedan. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1074-1081.

Salúd, M. d. (2015). Ley 20584. Chile.

SALUD, M. D. (Diciembre 2017). *Guía de Práctica Clínica alivio del Dolor por Cáncer avanzado y Cuidados Paliativos*. Santiago, Chile.

Salud, S. d. (2010). *Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos*. México.

Salud, S. d. (2016). *Programa Nacional de Medicina y Cuidados Paliativos*. México.

Trujillo-De Los Santos, Z., Paz-Rodríguez, F., Sánchez Guzmán, M. A., Nava-Galán, G., Zamora-Ruíz, P., García-Pastrana, C., . . . Volkens Gaussmann, G. (Enero-Febrero de 2013). Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de la salud ante la muerte y el trabajo emocional. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 14(1), 8-13.