



REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE:**

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

TEMA:

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES TERMINALES, Y LA APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA
CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE MILAGRO, 2022.**

Autor:

Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

Director:

ND. Danny Estrada Pancho, Msc.

Milagro, 2023

Derechos de autor

Sr. Dr.

Fabrizio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Andrés Moisés Mejía Pérez** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Pública** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **30/03/2023**

Andrés Moisés Mejía Pérez

C.I. 0928893932

Aprobación del Director del Trabajo de Titulación

Yo, **Danny Bolívar Estrada Pancho** en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Andres Moisés Mejía Pérez** cuyo tema es: **Relación entre calidad de atención médica en pacientes con enfermedades terminales y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los centros de salud del primer nivel de atención de Milagro, 2022**; que aporta a la Línea de Investigación **Salud Pública**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Pública**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, **30/03/2023**



Firmado electrónicamente por:
**DANNY BOLIVAR
ESTRADA PANCHO**

ND. Danny Bolívar Estrada Pancho, Msc.

0604140640

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
DIRECCIÓN DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**, presentado por **LIC. MEJIA PEREZ ANDRES MOISES**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES Y LA APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE MILAGRO, 2022.", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.67
DEFENSA ORAL	35.00
PROMEDIO	91.67
EQUIVALENTE	Muy Bueno



Firmado electrónicamente por:
**EDGAR ROLANDO
MORALES
CALUNA**

Mgs. MORALES CALUÑA EDGAR ROLANDO
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**KATHERINE ADRIANA
CERVANTES DÍAZ**

CERVANTES DÍAZ KATHERINE ADRIANA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**SUSANA ISABEL
REINOSO BRITO**

Lic. REINOSO BRITO SUSANA ISABEL
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación y la culminación de mi posgrado, está dedicado principalmente a Dios, quien guio mi camino para culminar mi objetivo planteado.

A mi familia, quien día a día están apoyándome en cada decisión y me generan confianza para continuar con mi preparación.

A mis docentes del posgrado quienes me guiaron en cada módulo, también (no debe ir esa palabra) a mis compañeros de aula de las cohortes con las que tuve alguna relación, y a los directivos de la Universidad por la gestión oportuna para la realización de este posgrado.

A mi tutor, por la guía en este proyecto de titulación.

Andres Mejia P

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a Dios por brindarme la sabiduría y las fuerzas necesarias para afrontar todos los obstáculos que se me presentaron en el tiempo de estudio y en la vida.

A mi familia por el apoyo incondicional, a ellos le debo este mérito y la búsqueda de muchos éxitos en el futuro. A mi esposa e hijos por estar conmigo durante esta etapa.

A mis padres les agradezco por su amor en el tiempo que pudieron compartir conmigo.

A mis docentes de posgrado por los conocimientos, el apoyo y los consejos brindados para alcanzar mi objetivo.

A mi tutor por ser la guía en la realización de este proyecto de investigación.

Andrés Mejía P

Resumen

En cada país, existen los sistemas de salud, los cuales elaboran guías prácticas clínicas de diferentes tipos; en Ecuador existe la guía práctica clínica de cuidados paliativos. **Objetivo:** Establecer la relación entre calidad de atención médica en pacientes con enfermedades terminales, y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los centros de salud del primer nivel de atención de Milagro, 2022. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal no experimental, mediante la recolección de datos a través de un check list de verificación de aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos y análisis mediante programa IBM SPSS statistics 25.0. **Resultados:** el 50% de los pacientes se encuentran en el centro de salud Los Vergeles; también los enfermos crónicos encontrados son el 50% del total, pacientes con diagnóstico de enfermedad incurable con el 30%; la calidad de atención en relación a la valoración realizada por los profesionales evidencio negatividad en casi la totalidad de la lista de verificación a excepción de las preguntas: valoración de astenia, anorexia, caquexia y deshidratación 54,5%, síntomas respiratorios 54,5%, digestivos 57,6%; la aplicación de tratamientos tenemos que se mantiene la negatividad en todas las preguntas, siendo relevantes la no aplicación de tratamiento psicológico: 97%, astenia, anorexia, caquexia y deshidratación 66,7%, 57,6% de digestivos y respiratorios con 54,5%. **Conclusión:** Se concluye que los datos obtenidos y de verificación de la hipótesis, evidencia una relación entre calidad de atención de los pacientes con enfermedades terminales y la aplicación de la guía de cuidados paliativos.

Palabras clave: Cuidados paliativos, enfermos terminales, guía práctica clínica, calidad de atención.

Abstract

In each country, there are health systems, which prepare clinical practice guides of different types; In Ecuador there is a clinical practice guide for palliative care.

Objective: To establish the relationship between the quality of medical care in patients with terminal illnesses, and the application of the clinical practice guide for palliative care in the health centers of the first level of care in Milagro, 2022. **Methodology:** quantitative, descriptive, non-experimental cross-sectional study, by collecting data through a verification checklist for the application of the clinical practice guideline for palliative care and analysis using the IBM SPSS statistics 25.0. **Results:** 50% of the patients are in the Los Vergeles health center; also the chronically ill found are 50% of the total, patients with a diagnosis of incurable disease with 30%; The quality of care in relation to the assessment made by the professionals showed negativity in almost the entire checklist with the exception of the questions: asthenia assessment, anorexia, cachexia and dehydration 54.5%, respiratory symptoms 54.5%, digestive 57.6%; the application of treatments we have that the negativity is maintained in all the questions, being relevant the non-application of psychological treatment: 97%, asthenia, anorexia, cachexia and dehydration 66.7%, 57.6% of digestive and respiratory with 54, 5%. **Conclusion:** It is concluded that the data obtained and the verification of the hypothesis show a relationship between the quality of care of patients with terminal illnesses and the application of the palliative care guide.

Keywords: Palliative care, terminally ill, clinical practice guide, quality of care

Índice / Sumario

1. Contenido

Capítulo I: El problema de la investigación.....	- 5 -
1.1 Planteamiento del problema.....	- 5 -
1.2 Delimitación del problema.....	- 9 -
1.3 Formulación del problema.....	- 10 -
1.4 Preguntas de investigación.....	- 10 -
1.5 Determinación del tema.....	- 10 -
1.6 Objetivo general.....	- 11 -
1.7 Objetivos específicos.....	- 11 -
1.8 Hipótesis.....	- 12 -
1.9 Declaración de las variables (operacionalización).....	- 12 -
1.10 Justificación.....	17
1.11 Alcance y limitaciones.....	19
2. CAPÍTULO II: Marco teórico referencial.....	20
2.1 Antecedentes.....	20
2.1.1 Antecedentes históricos.....	20
2.1.2 Antecedentes referenciales.....	24
2.2 Contenido teórico que fundamenta la investigación.....	29
2.2.1 Calidad de Atención Médica.....	29
2.2.2 Enfermedades Terminales.....	31
2.2.3 Atención médica en enfermedades terminales.....	33
2.2.4 Diagnóstico.....	34
2.2.5 Tratamientos.....	36
2.2.6 Cuidados Paliativos.....	37
2.2.7 Guías Prácticas Clínicas.....	39
2.2.8 Guía de cuidados paliativos.....	45

3.	CAPÍTULO III: Diseño metodológico	77
3.1	Tipo y diseño de investigación	77
3.2	La población y la muestra	77
3.2.1	Características de la población	77
3.2.2	Delimitación de la población	78
3.3	Los métodos y las técnicas	79
3.3.1	Técnicas e instrumento	79
3.4	Procesamiento estadístico de la información	81
4.	CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados	83
4.1	Análisis de la situación actual.....	83
4.1.1	Identificación demográfica y grado de enfermedad de la población de estudio; 83	
4.1.2	Calidad de atención medica brindada en los pacientes con enfermedades terminales	88
4.1.3	Aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos:.....	97
4.1.4	Calidad de atención médica recibida en los pacientes con enfermedades terminales, con la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos	104
4.2	Análisis Comparativo	118
4.3	Verificación de las Hipótesis	122
5.	CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones	124
5.1	Conclusiones.....	124
5.2	Recomendaciones.....	126
6.	Referencias bibliográficas	128

Introducción

En la actualidad, las personas con enfermedades terminales se encuentran en diferentes grupos etarios, los cuales necesitan atención diferenciada que les permitan llevar sus últimos días de vida de forma digna, sobrellevando los síntomas que estas enfermedades les generan, entorno familiar y comunidad; si bien, en cada uno de los Sistemas Nacionales de Salud se realizan acciones para este grupo de personas una atención oportuna que permitan tener una mejor calidad de vida, no siempre son efectivas, por tal motivo se encuentran en uno de los últimos lugares en las prioridades de atención.

La Organización Mundial de la Salud define a los cuidados paliativos como un conjunto de acciones que buscan mejorar la calidad de vida en los últimos días de su existencia, y además, busca una preparación integral para el paciente, y en su familia la llegada inminente de la muerte, debido a su grave estado de enfermedad y su incurabilidad (Organización Mundial de la Salud, 2021); las cuales se basan en el tratamiento paliativo de los síntomas presentes, que les brinden sensación de alivio físico, además, estas intervenciones tiene que relacionarse con el acompañamiento psicológico y espiritual, no solo al paciente, sino al entorno familiar que le permitan prepararse para el desenlace fatal de su enfermedad.

En el mundo, según la OMS, manifiesta que 40 millones de personas a nivel mundial tienen enfermedades que ameritan los cuidados paliativos, esto a periodo de un año calendario, además, indica que existe una curva de envejecimiento poblacional, debido a la disminución de natalidad de algunos países, y también un ascenso de casos de enfermedades crónicas y no transmisibles.(Organización

Mundial de la Salud, 2021). Tomando importancia la atención en la actualidad, ya que existe un aumento gradual de personas con enfermedades crónicas que tienen desenlace en enfermedades terminales, lo que implica y genera una mayor relevancia en la realización de este tipo de cuidados.

En Latinoamérica la cantidad de pacientes con enfermedades terminales con necesidad de cuidados paliativos es similar a la media mundial, así encontramos que mediante la investigación de Bonilla en el año 2021, enuncia que más de 2 500 000 personas en América necesitan algún tipo atención paliativa, no obstante, no tomando en consideración las grandes necesidades de los países, se ha visto un desarrollo de los cuidados paliativos en Latinoamérica incrementando sus acciones en los últimos años, sin embargo, existe aún limitación o teniendo como resultado que menos del 1 % de la población lo recibe (Bonilla, 2021), de esta manera se expone la relevancia de estas enfermedades, y da a notar una limitada respuesta de cada uno de los países ante el gran número de personas que cursan por este episodio drástico de su enfermedad previa a la muerte.

En Ecuador el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2018 describió a 21.478 personas con los siguientes diagnósticos como neoplasia, virus de inmunodeficiencia humana, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, enfermedad de alzheimer y otras enfermedades demenciales, que corresponden al 30% del total de fallecimientos, diagnósticos de alta demanda de atención de salud y derivación a cuidados paliativos, tomado del análisis de caso de (Jannina & Medina, 2021).

Actualmente en el Ecuador, existen normativas aplicables para la atención a este tipo de pacientes, una de las normativas es la guía práctica clínica de cuidados

paliativos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014), en la cual busca responder preguntas de intervención durante este periodo, además de, aplicación de protocolos de atención mediante lineamientos preestablecidos que homogenice la atención médica de los casos encontrados en el territorio, buscando protocolizar acciones establecidas basada en medicina de evidencia.

El principal objetivo de la siguiente investigación, es la de establecer una relación entre la calidad de atención médica en los pacientes con enfermedades terminales y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos, lo que permita tener una línea de observación directa a las acciones que realizan los profesionales del primer nivel de atención entorno a este grupo de pacientes; con la que se aportará conocimiento de aplicación o no, de lo escrito en la guía, analizando la utilidad y facilidad de utilización en cada paciente.

Al tratarse de un tipo de investigación innovadora, no desarrollado en la ciudad de Milagro, con intervenciones que estudien este tipo de contenido, demandara un gran interés y relevancia de los futuros resultados obtenidos, pudiéndose describir las atenciones recibidas en cada uno de los pacientes, la medición de calidad mediante una valoración de aplicación de acciones, y tratamientos desarrollados en la guía.

Toda la información será de utilidad para el desarrollo de un plan de actualización continua de revisión, evaluación y aplicación de la guía, dirigido principalmente a los profesionales que atienden este grupo de pacientes, pero, también a los cuidadores, familiares y comunidad que están relacionadas directamente con ellos. Obteniendo con ellos resultados novedosos, que nos permitirán sumergir en un nuevo mar de conocimientos de atención en estos pacientes, los cuales cursan en la mayoría de veces, sus últimos días de vida.

Para lograr realizar la propuesta, se revisará información brindada por el ente regulador del sistema nacional de salud del Ecuador- Ministerio de Salud Pública (MSP), en el cual se hará una investigación cuantitativa de tipo analítica, descriptiva, no experimental, de corte transversal, en el que se analizará la información presente en el sistema PRAS (SNPSS, 2018), y comparación de aplicación mediante instrumento original de verificación de lo descrito en la guía; con esta propuesta se busca beneficiar directamente a los pacientes que se atienden en los centros de salud, sobre todo aquellos usuarios en estudio.

Capítulo I: El problema de la investigación

1.1 Planteamiento del problema

La atención médica a los pacientes con enfermedades terminales debe estar dirigida al control y tratamiento de los síntomas de forma paliativa, conocido estos como cuidados paliativos, debido a que, estos pacientes al encontrarse en un estado de no mejora del estado de salud, basado en la Organización Mundial de la Salud donde indica: que el objeto de la investigación es la mejoría la calidad de vida de los pacientes y su entorno familiar, cuando tienen este tipo de complicaciones o situaciones que colocan en riesgo su vida.(OPS/OMS | *Cuidados Paliativos*, 2016), con lo que se busca brindar apoyo en esta etapa fúnebre cercana a la muerte.

Si bien en el mundo existen múltiples enfermedades que son atendidas en los diferentes sistemas de salud, encontramos que por estimaciones realizadas por la OMS existen “40 millones de personas cada año tiene la necesidad de recibir cuidados paliativos, esto dado por el aumento de enfermedades crónicas, no trasmisibles y envejecimiento de la población. (Organización Mundial de la Salud, 2021), los cuales año a año va en aumento, debido a múltiples factores, entre los que tenemos el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles, infecciones contagiosas, enfermedades de origen cancerígeno, entre otros.

Tomando como referencia la cantidad de pacientes en la estimación mundial, con enfermedades crónicas con necesidad de cuidados paliativos, además, de la cantidad de pacientes que se atienden en el primer nivel de atención de la ciudad de Milagro, se obtiene un problema no tomado en consideración, como es la atención medica de los pacientes con enfermedades terminales, y la aplicación de la guía

práctica clínica de cuidados paliativos, la cuales desconocida por la actual demanda de atenciones médicas de otras patologías, cantidad de profesionales del primer nivel de atención y desconocimiento de la misma.

En los diferentes niveles de atención encontramos que los pacientes que se atienden, un porcentaje considerable son los que se encuentran en fase terminal, es así que el 5,5% de las atenciones en las áreas de emergencia de un hospital de tercer nivel corresponden a pacientes en fase terminal, siendo más frecuentes las atenciones no oncológicas (Amado-Tineo et al., 2020), encontrando patologías no oncológicas, entre las que se encuentran las crónicas no transmisibles u otras infecciosas, presentes en las áreas de emergencias hospitalarias.

Si bien indica (Grace del Pilar Cambizaca Mora, & et.al Luis Alberto Morocho Yaguana, Gloria Yolanda Jiménez Merino, Erika Tatiana Cañar Torres, 2022) en cada país se “establece obligaciones específicas para los Estados a fin de que incorporen los cuidados paliativos a los sistemas de salud y atención a la población mayor y personas con enfermedades terminales.” No siempre realizándose en los hospitales y centros de salud del primer nivel de atención; también en Ecuador encontramos que es obligación que los diferentes niveles de atención, apliquen las guías prácticas y protocolicen las atenciones como especie de triaje.

En el primer nivel de atención de Milagro, según los datos obtenidos de la Coordinación Zonal 5 Salud manteniendo su sede en Milagro, desde la gestión zonal interna de discapacidades, rehabilitación y recuperación, muestra que existen 33 pacientes atendidos con enfermedades terminales y de largo plazo de atención, los cuales reciben atenciones de cuidados paliativos según su nivel o estado evolutivo de

la enfermedad, también por sus complicaciones que estos pueden desarrollar y la preparación para el desenlace fatal.

Las guías prácticas clínicas, son herramientas que están basadas en la recolección de datos científicos como evidencia para su escritura, los cuales “constituyen un instrumento significativo en la estrategia de implementación del modelo de atención de salud” (Manterola et al., 2019), donde explican mediante los resultados de años de investigación, la protocolización de acciones para la atención de ciertas patologías comunes y con similares sintomatología, buscando homogeneidad, tener un mejor costo beneficio para los sistemas de salud y ayudar a los profesionales de salud del primer nivel de atención de Milagro, mejorar la calidad de atención mediante la aplicación de los protocolos, algoritmos y escalas presentes.

Debido a la gran demanda de pacientes que se atienden en el primer nivel de atención, la cantidad de territorio previstos por los equipos de atención integral en salud (EAIS), y la brecha de profesionales actual, generarían problemas en la atención de este tipo de pacientes; esto basado en la sobredemanda de atención intramural, por la poca cantidad de profesionales y conociendo que la mayoría de pacientes que requieren cuidados paliativos, necesitan atención extramural; esto último dificulta la asistencia profesional por el tiempo que cada visita implica en el labor diario.

Para poder realizar una aplicación adecuada de lo que indica la guía práctica clínica de cuidados paliativos en el primer nivel de atención, debemos enfatizar en aspectos que pueden generar conflicto para su aplicación; entre estos tenemos, que existe un gran número de profesional rural en las unidades operativas, es decir

profesionales de la salud recién egresados de la formación universitaria, que no tienen experiencia en la atención de los casos, también el déficit de talento humano que existe en todas las dependencias públicas de atención, en especial las relacionadas a la salud; y, por consecuencia de esto, la sobredemanda de atenciones en los centros, lo que disminuye las acciones extramurales, que en la mayoría de los casos de pacientes terminales son necesarios por su estado de gravedad.

Las actividades con estos pacientes, requieren tiempo de valoración por cada profesional de la salud relacionado a su enfermedad, en el cual valoran cada uno de los síntomas presentes; para posterior, realizar un tratamiento adecuado acorde al alivio de los síntomas de la enfermedad, sin embargo para realizar esta valoración, es necesario la aplicación de las escalas presentes en la guía, la cual por el tiempo de atención por paciente, cantidad de pacientes por profesional, y desconocimiento de lo que indica esta guía, no es realizado durante la atención, o, inclusive no es realizada la atención del paciente.

1.2 Delimitación del problema

Línea de investigación: Salud pública, aplicación de las guías prácticas clínicas, calidad de atención médica.

Sub línea: Revisión y evaluación de la aplicación de la guía práctica clínica de los profesionales de la salud.

Eje del programa de maestría: Educación para la salud

Objeto de estudio: Establecer la relación entre calidad de atención médica en pacientes con enfermedades terminales, y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los centros de salud del primer nivel de atención de Milagro, 2022

Unidad de Observación: Calidad de atención médica, aplicación de guías prácticas clínicas.

Tiempo: enero 2022 – diciembre 2022

Espacio: Unidades operativas de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Milagro.

1.3 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre calidad de atención médica en pacientes con enfermedades terminales, y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los centros de salud del primer nivel de atención de Milagro, 2022?

1.4 Preguntas de investigación

a. ¿Cuáles son las características demográficas, grados y tipos de enfermedad de los pacientes con enfermedades terminales existen en el primer nivel de atención de la ciudad de Milagro?

b. ¿Cuál es la calidad de atención de los pacientes con enfermedades terminales del primer nivel de atención de la ciudad de Milagro?

c. ¿Cómo es la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en la atención de pacientes con enfermedades terminales en las unidades operativas del primer nivel de atención?

d. ¿Cuál es la correlación entre la atención médica de calidad y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los pacientes con enfermedades terminales del primer nivel de atención de la ciudad de Milagro?

1.5 Determinación del tema

La investigación se centra en la calidad de atención médica brindada a los pacientes con enfermedades terminales y la relación con la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los profesionales de los centros de salud del primer nivel de atención de la ciudad de Milagro.

1.6 Objetivo general

Establecer la relación entre calidad de atención médica en pacientes con enfermedades terminales, y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los centros de salud del primer nivel de atención de Milagro, 2022.

1.7 Objetivos específicos

- Identificar la población de estudio de manera demográfica, grado y tipo de enfermedad terminal de los pacientes de las unidades operativas de Milagro.
- Identificar la calidad de atención médica brindada a los pacientes con enfermedades terminales en los centros de salud del primer nivel de atención.
- Determinar la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los centros de salud del primer nivel de atención de Milagro.
- Relacionar la calidad de atención médica en los pacientes con enfermedades terminales, y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los centros de salud del primer nivel de atención de Milagro.

1.8 Hipótesis

Hipótesis General

La calidad de atención médica en pacientes con enfermedades terminales, está influenciada con la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los centros de salud del primer nivel de atención de Milagro, 2022.

1.9 Declaración de las variables (operacionalización)

Variables de estudio:

Variable dependiente: calidad de atención médica en pacientes con enfermedades terminales

Variable independiente: aplicación de guía práctica clínica de cuidados paliativos

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES								
VARIABLE	INDICADOR	DIMENSION	ITEM	ESCALA				
Datos sociodemográficos e identificación de enfermedad		Edad	¿Cuál es la edad del paciente?	de 0 a 5 años	de 20 a 64 años	mayor a 65 años		
				de 6 a 12 años			de 13 a 19 años	
			Sexo	¿Cuál es el sexo del paciente?	Hombre		Mujer	
						Etnia	¿Cuál es la etnia del paciente?	Blanco
			Mulato	Negro				Indigenen
			Grado y tipo de enfermedad	¿Cuál es la gravedad de enfermedad?	Crónica	Progresiva	Avanzada	
							Pronóstico de vida limitado	Fase terminal
				¿Como se clasifico la enfermedad?	Oncológicas	Respiratoria	Cardiovascular	Renal
					Neurológica	Infectocontagiosa	Hepatopatías	

Calidad de atención médica en pacientes en el primer nivel de atención	Ejecución de la calidad de atención mediante la valoración de los signos, además del número y nivel de atenciones médicas.	Atenciones (número y nivel)	Total, atenciones en recibidas desde en el último año	Ninguna	1 o 2	3 o 4
			Nivel de atenciones en relación al tipo de enfermedad	Optimo	Regular	Insuficiente
			Se valoró la astenia, anorexia y caquexia	SI	NO	
		Valoración de los síntomas durante la atención médica en pacientes con de fase terminal	Valoración de síntomas respiratorios (disnea, tos, obstrucción de vena cava superior)	SI	NO	
			Valoración de síntomas digestivos: (estado de la boca; mucositis, boca seca, candidiasis, disfagia, náuseas y vómitos, estreñimiento, diarrea, obstrucción intestinal, ascitis, hipo)	SI	NO	
			Se valoró la piel (ulceras, prurito)	SI	NO	

1.10 Justificación

En el primer nivel de atención, los profesionales de salud atienden a diferentes grupos de pacientes, enfocados en cada uno de los grupos etarios, prioritarios y o vulnerables; dentro de estos grupos tenemos a los pacientes con enfermedades terminales, paciente que necesitan un tipo de atención especializada, enfocada en sus últimos días de vida. Por ello, y en como lo citó la organización mundial de la salud a través del Ministerio de Salud Pública de Ecuador:

En encontrando que existen el mundo 40 millones de personas con la necesidad de cuidados paliativos, de estos el 34% son pacientes oncológicos y el 66% son los que tienen enfermedades crónicas progresivas con pronóstico de vida limitado, de estos, solo el 14% recibe atención paliativa. A pesar de que los datos encontrando logro despertar el interés de profesionales, menos del 15% han sido formados en este tema en la educación de pregrado, y se realiza muy poca investigación. (Ministerio de Salud Pública, 2022)

El Ecuador al ser un país con ingresos económicamente bajos, y tomando como referencia lo enunciado, tenemos que no se toma en consideración la atención a este grupo de enfermeros, por lo que se justifica el inicio de esta investigación; se obtuvo una relación de personas fallecidas ante las atenciones de personas con necesidad cuidados paliativos, se contabilizó 622 fallecidos, de los cuales de 15 a 19 años reflejan 196, de 20 a 64 años 9192 y más de 64 años 22872, sumando un total de 32 882 (Ministerio de Salud Pública, 2022).

Durante la atención médica, los profesionales de la salud deben aplicar todos los conocimientos adquiridos durante la formación académica, sin embargo, en las diferentes instituciones de educación superior, no toman en consideración en la formación de pregrado lo indicado en las guías prácticas clínicas del Ministerio de Salud Pública, específicamente lo indicado en la guía de cuidados paliativos, para de

esta manera lograr resultados clínicos por medio de la homogenización de los protocolos de la práctica médica”(Campos-Miño, 2021)

Mediante este estudio, se podrá constatar la aplicación de lo descrito en la guía de cuidados paliativos en el primer nivel de atención de la ciudad de Milagro, conociendo si los pacientes con enfermedades terminales atendidos durante el año 2022, recibieron atención médica de calidad acorde a las necesidades requeridas, además, mediante la propuesta, generar un camino de mejora continua basados en la preparación profesional para la atención de las enfermedades en su etapa terminal.

La importancia del estudio de relación entre la calidad de atención médica en pacientes con enfermedades terminales y la aplicación de la guía de cuidados paliativos, radica en que como sociedad, no se ha estudiado si realmente existe aplicación de lo descrito en la guía, también si lo que existe en esta guía es acorde a las necesidades o cubre con la demanda de atención de calidad en este último periodo de vida, también, si los profesionales tienen el conocimiento de ello para aplicarlo de manera correcta, óptima y acorde a cada uno de los pacientes y su estado de salud y mediante la utilización del instrumento de verificación de datos de lo aplicación en los pacientes que reciben cuidados paliativos en la ciudad de Milagro, se evidenciaría los problemas relacionados por la no aplicación de lo descrito en la guía.

1.11 Alcance y limitaciones

Alcances:

- Se verificó con los resultados de la aplicación de la guía práctica clínica en pacientes de cuidados paliativos de enfermedades terminales atendidos en los centros de salud del primer nivel de atención de la ciudad de Milagro.

Limitaciones:

- La principal limitación son los relacionados con la revisión de los datos de los pacientes, debido a las leyes de protección de datos.
- No se revisará acciones realizadas por especialistas del segundo nivel de atención a este grupo de pacientes.
- Este estudio revisara la aplicación de las guías prácticas clínicas en el primer nivel de atención y no determinara la calidad de atención de los especialistas del segundo nivel de atención.

2. CAPÍTULO II: Marco teórico referencial

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes históricos

Cuando hablamos de atención médica de calidad, buscamos mecanismos que mejoren la calidad de vida de los pacientes, siendo así que existen diferentes tipos de atenciones receptadas durante la atención médica; durante el paso del tiempo, la atención médica ha sufrido transformaciones, derivados de los cambios en las enfermedades que se atienden en cada uno de los niveles de atención, sumados a los estudios realizados de investigaciones científicas.

Ha mejorado significativamente a lo largo de la historia; sacando a relucir un ejemplo de esto, el que nos indica el desarrollo de tratamientos más efectivos para enfermedades antiguas como la malaria, el cólera y la tuberculosis; enfermedades que en la antigüedad no tenían tratamiento alguno y la calidad de atención no era la óptima (Navarrete-Navarro et al., 2013). Estos avances han permitido a los profesionales de la salud, en especial a los médicos curar a sus pacientes con mayor eficacia, mejorando la calidad de vida de las personas. Basado principalmente en la investigación científica, el uso mejorado de medicamentos de nueva generación y tecnología avanzada, además, de la continua capacitación de los profesionales de la salud (Navarrete-Navarro et al., 2013).

Desde los años 80 ha existido en las prestaciones de salud en los países de América Latina y el Caribe, un desarrollo de acciones enfocadas a incrementar la calidad y eficacia de la atención de los servicios de salud (CABELLO MORALES, 2015); servicios encaminados a una mejora y atención oportuna que no se pudiese otorgar debido a la poca capacidad resolutive en unidades de menor complejidad.

A través de la historia, otra forma en que la calidad de la atención médica ha mejorado es a través del aumento del acceso a los servicios médicos. Esto significa que más personas ahora tienen acceso a diferentes tipos de tratamientos, desde medicamentos hasta cirugías. (Molina et al., 2004) Permitiendo que los pacientes reciban tratamientos necesarios para mejorar su salud. Además, de la aplicación de políticas de salud pública enfocadas a la mejora continua de los servicios de atención en los pacientes con enfermedades terminales, lo cuales han sido una parte importante de la historia de la salud pública. Teniendo un gran efecto negativo tanto individual como familiar en el entorno donde vive el paciente, a lo largo de la historia han existido muchas enfermedades que se las han catalogado como terminales, así tenemos a la tuberculosis, colera y demás, que en los siglos pasados no tenían ningún tipo de tratamiento curativo y su contagio era sinónimo de muerte.

Mientras los avances tecnológicos mejoraban, el descubrimiento de nuevos métodos de tratamiento y curas para algunas de estas enfermedades; las denominadas enfermedades terminales en la antigüedad llevando a un cambio ocurrido casi por la segunda mitad del siglo XX, derivados de los avances en la medicina permitiendo de esta manera tratar muchas enfermedades mortales de manera más efectiva. Incluyendo enfermedades como el cáncer, el sida y la tuberculosis, que siguen siendo una amenaza para la salud pública. (Saunders, 2016) tomando en consideración que estas últimas enfermedades son muy difíciles de tratar, y requieren casi en la gran mayoría de los casos una atención médica especializada.

En los últimos años, se ha visto un aumento significativo en el número de personas con enfermedades terminales. Ya sea por el envejecimiento de la población o el aumento de la esperanza de vida, el número de personas con enfermedades

crónicas que pasan sus últimos días en el hospital ha aumentado. La historia de los enfermos terminales es una historia de lucha y esperanza, y el estudio de estos pacientes ofrece muchas enseñanzas. Un reciente estudio publicado en el año 2018 por el Journal of Clinical Oncology, encontró que la mayoría de los pacientes con enfermedades terminales optan por una atención paliativa en lugar de la curación, algo que refleja un cambio en la forma en que se aborda el tratamiento de estas condiciones (Owusuaa et al., 2022)

En el mundo, al surgir la medicina basada en la evidencia en la década de los 90, este movimiento prácticamente acaparó la elaboración de las guías, al plantear que solo serían válidas las que se basaran en evidencias obtenidas, a partir de investigaciones de alto rigor metodológico, con recomendaciones derivadas de los resultados alcanzados (Espinoza, 2017), con la finalidad de mejorar no solo la calidad de atención de los pacientes, sino de homologar las acciones tomadas en cada patología encontrada, beneficiando no solo al usuario, sino, a la comunidad en general, por el reintegro rápido ante un tratamiento efectivo o preventivo y por último al Estado por la disminución y protocolización de tratamientos.

La aplicación de estas guías, permiten a los profesionales de la salud estandarizar los procedimientos durante la atención de cualquier patología, permitiendo percibir al usuario la misma calidad de atención en cada centro de salud de la misma categoría, y que existen beneficios de las guías basadas en la evidencia en primer lugar para los pacientes al mejorar la calidad del cuidado recibido y sus resultados en la mejoría de la salud (Alva Diaz et al., 2017) indicando que al utilizar estas, con cada una de las herramientas que en ellas se encuentran para el diagnóstico de las enfermedades, secuenciando un tratamiento basado en la

experimentación científica, y con bases en la experiencia del mismo, mejora la atención de los pacientes.

Teniendo como referencia lo encontrado en el estudio de (Weber et al., 2014) donde se observa la investigación sobre la aplicación de guía práctica clínica en el tratamiento de la hipertensión arterial. El estudio concluyó que el uso de guías clínicas para el tratamiento de la hipertensión arterial fue asociado con una mayor adherencia a los tratamientos, mejores resultados clínicos y mayores tasas de control de la presión arterial. También se manifiesta que el uso de guías clínicas para el tratamiento de la diabetes tipo 2, el estudio concluyó que el uso de guías clínicas fue asociado con una mayor adherencia al tratamiento, mejores resultados clínicos y menores tasas de complicaciones asociadas con la diabetes.(Saila & De Sanidad, 2008).

Al definir los cuidados paliativos se lo determina como el cuidado médico, también los cuidados sociales, psicológicos e ingreso de los cuidados espirituales, dados a una persona en estadio de enfermedad avanzada. Cuyos cuidados se encuentran centrados en proporcionar alivio de las manifestaciones dolorosas de las enfermedades y sus otros síntomas, así como en el apoyo emocional al paciente y entorno familiar y además de una guía espiritual dependiendo de las necesidades de estos. La historia de los cuidados paliativos se remonta a la antigüedad, cuando los médicos intentaron aliviar el dolor y los síntomas de enfermedades incurablemente. La terminología “cuidados paliativos”, la encontramos en Francia en el año 1842, con expresa relación a hacia los denominados “hospicios”(María Soledad Cisternas-Reyes, 2021). Desde entonces, los cuidados paliativos han recibido una gran cantidad de atención por parte de los profesionales de la salud.

Durante los últimos años, los cuidados paliativos han experimentado una gran evolución, desde inicios de siglo 21, se desarrollaron nuevos enfoques para la

atención paliativa, como los planes de cuidados, que incluyen enfoques individualizados para el alivio de los síntomas y disminución del dolor. Esto radica en la importancia de proporcionar un ambiente ideal de cuidado que respete y valore la dignidad del paciente, los valores humanos y las preferencias espirituales de cada individuo. En los últimos años, se han desarrollado nuevos modelos y estándares de atención paliativa (María Soledad Cisternas-Reyes, 2021), que buscan proporcionar en cada sistema de salud directrices para la mejor aplicación de los cuidados paliativos.

A pesar del avance tecnológico y de conocimiento en los cuidados paliativos, todavía queda mucho por hacer. Teniendo como uno de los problemas de mayor relevancia es el que enfrentan los profesionales de la salud dados en la mayoría de los casos por la falta de recursos, la falta de formación y la escasez de profesionales de la salud especializados en cuidados paliativos. Estos problemas a menudo impiden que los pacientes reciban los cuidados adecuados, debido a ellos se considera importante asegurar la formación de los profesionales para que los pacientes reciban los cuidados necesarios para su estado. (Cerdas Vargas, 2018)

2.1.2 Antecedentes referenciales

Por medio de la revisión bibliográfica de estudios relacionados con el tema, basándose la búsqueda en la identificación de similitudes con lo propuesto, encontrando que la calidad de atención médica en enfermedades terminales es un aspecto importante en la atención sanitaria; encontrando lo siguiente:

La calidad de la atención médica para los pacientes con enfermedades terminales ha mejorado significativamente en los últimos años. Esto se debe principalmente al avance de la tecnología, la investigación científica y el aumento de

la disponibilidad de cuidados paliativos. La atención médica para los pacientes terminales debe centrarse en proporcionar la mejor calidad de vida posible y aliviar el dolor y el sufrimiento. Esto incluye proporcionar cuidados paliativos adecuados, evaluar y tratar los síntomas y proporcionar un entorno cómodo, seguro y de apoyo. Además, los profesionales de la salud deben proporcionar apoyo emocional y espiritual a todos los pacientes terminales.(Vázquez-García & Marisa De-la-Rica-Escuín, 2019).

Se ha encontrado análisis de revisión bibliográfica en el tema de atención paliativa sobre todo con enfermería, quienes desarrollan acciones enfocadas a la atención de este grupo de pacientes, se valoraron 4 aspectos importantes a revisar, la atención profesional según las causas y origen de la muerte del paciente; las barreras en el área de emergencia para los cuidados al paciente y su familia; emociones de los profesionales ante la muerte; y estrategias que deberá tomar el profesional ante la muerte; estas variabilidades generaron una discusión, debido a que los profesionales quienes daban esta atención era personal de enfermería quienes tenían mayor apego a estos casos; también se encontró que los profesionales de la salud, están formados en la atención de pacientes críticos, dejando de lado el aspecto paliativo de las enfermedades terminales; también que “alta demanda de los servicios, junto a la alta necesidad de atender a muchos pacientes, generan una alta carga de trabajo” con lo que se hace relevante revisar este tema de importancia. (Vázquez-García & Marisa De-la-Rica-Escuín, 2019)

Según lo determinado por la Organización Mundial de la Salud, en su libro Evaluación del Desarrollo de los Cuidados Paliativos en el Mundo: Conjunto de Indicadores Factibles; cuyo objetivo busca proporciona mejoras en los indicadores de los países, mediante la supervisión de los países, y con ello realizar una evaluación

del desarrollo de los cuidados paliativos, tomando en consideración acciones específicas, más aún en los países en los que el desarrollo de los cuidados paliativos se encuentra en fases de inicio (Organización Mundial de la Salud, 2022). La Organización Mundial de la Salud considera a este grupo de atenciones como primordial, considerando que se deben brindar desde sus inicios al captar a los usuarios.

De igual manera lo expresa (Amado & Oscanoa, 2020) donde indica que la tendencia mundial en salud, se encuentra dirigido hacia la atención de la persona con calidad y buscando mejorar los costos de los gobiernos, que permita una vida digna hasta el momento de la muerte; por ello se hace imperativo identificar al paciente con enfermedad que se encuentra en una fase terminal, debido a que muchos de estos usuarios, al final de su vida, padecen debido a su problema de salud de base a un intenso sufrimiento y siempre necesitan recibir atención sanitaria y social, así es como lo indica en su estudio de las “Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas; también en el estudio de Amado y Oscanoa.

Encontramos que los Modelos de atención domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales empezando desde la adherencia de tratamiento recibido y su calidad (Victoria & Amaya, 2020), cuyo objetivo fue “Analizar los modelos de atención domiciliaria en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y terminales, frente a la efectividad en la adherencia al tratamiento y calidad de vida”, cuyo resultado fue que “el mayor porcentaje de investigaciones (23%) estuvo relacionado con el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, seguido de un 14% de estudios asociados a la adherencia a ciertos tratamientos y a la satisfacción con los programas de cuidado”.(Victoria & Amaya, 2020) Obteniendo en

estos resultados que la mayor cantidad de información es relacionada para mejorar la calidad de vida en este último periodo de la enfermedad.

En Ecuador se han desarrollado muy pocos estudios relacionados a la atención de paciente con enfermedades terminales, y la aplicación de los cuidados paliativos, sin embargo, mediante la revisión bibliográfica se visualizó que (Enríquez et al., 2020) para la aplicación de cuidados paliativos en el centro de salud, realizaron un estudio descriptivo y explicativo con diseño transversal, enfoque sistémico y la observación científica buscando saber el estado actual Las patologías que requieren atención recurrente de los cuidados paliativos se enumeran a continuación:

- Cáncer.
- Trastorno de inmunodeficiencia Humana (VIH/ SIDA).
- Síndromes del corazón en estadios avanzados.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- (Insuficiencia renal crónica terminal).
- Enfermedad neurológica avanzada.

En la provincia del Carchi se observa un estudio donde encuentran que, tienen una relación de causales de fallecimiento debido a que no tienen el adecuado control de la atención de cuidados paliativos; también indican que para la atención de este tipo de pacientes, los profesionales de la salud, deben tener una formación acorde a la situación, es decir, formación en cuidados paliativos, siendo esta una falencia, ya que no existe esa especialización o manejo del mismo.; si bien en el Ecuador existen una guía para la aplicación de estos cuidados, no todo el personal está en conocimiento de la misma, como uno de sus resultados más relevantes. Además, en el hospital Luis G. Dávila de Tulcán durante el tiempo de estudio en el año 2019 se atendieron un total de seis pacientes con requerimientos de cuidados paliativos; de

los cuales al Centro de Salud N.º 1 Tulcán a través de referencias que provenían recibieron dos pacientes con necesidad de este tipo de atención en el domicilio. (Enríquez et al., 2020)

Textualmente indica “se toma en cuenta la falta de insumos y herramientas que permitan brindar atenciones humanizadas y de calidad, ya que no se cuenta con materiales para movilizar a pacientes, medicación, cremas, pañales y material blanco; situación que desmotiva al personal de salud que se puede capacitar pero que no dispone de insumos para brindar la atención paliativa que se necesita”. (Enríquez et al., 2020) Todos estos son factores causales de la baja calidad de atención médica que reciben los pacientes con enfermedades terminales que requieren cuidados paliativos.

Existen resultados del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, realizado en el Ecuador hasta el 2017, donde se encuentran los siguientes datos relevantes:

- Realizaron un curso de cuidados paliativos con 967 participantes con una duración de 16 horas.
- De 22 escuelas de medicina solo el 18% incluye en su formación los cuidados paliativos
- De las 34 escuelas de enfermería el 6% incluye en su formación los cuidados paliativos
- 4 profesionales formados en maestrías de cuidados paliativos por medio de convenio internacional
- 1 unidad de cuidados paliativos de 9 camas en Quito – Ecuador
- 4498 personas atendidas en cuidados paliativos, exceptuando el Hospital de especialidades Dr. Francisco Icaza Bustamante

- Inclusión de cuidados paliativos en el tarifario nacional y actualización de medicamentos para este grupo de pacientes. (Ministerio de Salud Pública, 2022)

Estos datos, muestran que en comparación con la estadística de la Organización Mundial de la Salud presentan una similitud, considerando que el 14% de usuarios reciben la atención paliativa. (Organización Mundial de la Salud, 2021); también conociendo el objeto del plan nacional de cuidados paliativos donde textualmente indica “Garantizar la disponibilidad y el acceso a la atención integral y oportuna de cuidados paliativos por parte de la población ecuatoriana, con enfoque intercultural, intergeneracional y de género.” (Ministerio de Salud Pública, 2022) Para lo cual se requiere de articulación intersectorial, cumplimiento de las normativas y aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos.

2.2 Contenido teórico que fundamenta la investigación

2.2.1 Calidad de Atención Médica

La calidad de la atención médica o en salud es un proceso continuo que necesita de evaluación y retroalimentación profesional constante. Siendo así que, los sistemas de salud en la actualidad utilizan diversas aplicaciones con la consigna de la mejora de la calidad de los servicios prestados. Estas herramientas tienden a incluir el uso de indicadores, objetivos claros realización constante de auditorías de calidad y estrategias de mejora continua.

Es un factor clave para garantizar la salud y el bienestar de las personas. La Organización Mundial de la Salud define la calidad de la atención en salud como “el grado en que los servicios de salud satisfacen las necesidades e intereses de los usuarios”(Organización Mundial de la Salud, 2020). Esto significa que cuándo se

ofrecen atenciones en salud deben brindar un trato de calidad a cada usuario de estos centros médicos, buscando alcanzar excelencia en la atención al paciente o su similar. Esto implica proporcionar una atención humana y humanizada, de manera respetuosa y acorde a las sensaciones del individuo, sin dejar de lado la importancia de que sean cuidados seguros y eficaces.

Conforma uno de los papeles más importantes para la mejora de los resultados de salud en un periodo de larga data. Siendo así, que en diversos estudios se han demostrado que han encontrado mejoría en la calidad de atención en salud, se asocia a la mejora continua de los servicios de salud, sumado a la mayor supervivencia y calidad de vida de los pacientes. Además, teniendo en cuenta que una mejor calidad de atención, contribuye a la prevención de enfermedades crónicas, enfermedades contagiosas y otras que pueden llegar a ser mortales, mejorando la adherencia al tratamiento y disminuyendo la cantidad de complicaciones.(Mariela & Barrios, 2014)

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud ha establecido normas específicas para garantizar la calidad de la atención en salud. Estas normas incluyen entre otras cosas, un apartado para el respeto de los derechos de los pacientes, también la participación de los pacientes en la atención, además, del acceso equitativo o igualitario a los servicios de salud, mediante atenciones oportunas, seguras y eficaces. Además, la Organización Mundial de la Salud recomienda estrategias para mejorar la calidad de la atención en salud, considerando como uno de los puntos relevantes es la formación de los profesionales de la salud, el desarrollo de la investigación y la creación de políticas públicas de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Durante las atenciones en los diferentes centros de salud del primer nivel, los usuarios que a estos acuden necesitan recibir atenciones de calidad, si bien el servicio

que se oferta no es de costo alguno para el usuario, este debe ofertar acciones que alivien la dolencia por el cual se atiende, por ello se determina la calidad de atención debe realizarse para obtener buenos resultados en los cuidados que se otorgan a los usuarios del sistema sanitario. “Estas dimensiones son: efectividad, eficiencia, oportunidad, atención centrada en el paciente, equidad y seguridad” (Puchi-Gómez et al., 2018) definiéndolo como el grado de “armonía que entre la expectativa que el usuario tiene, la necesidad, y la oportuna intervención para un mayor beneficio”(José et al., 2019). Conociendo que las acciones que se brindan en el primer nivel deben cubrir con la demanda o necesidades del usuario.

Para mediar la calidad de atención existen muchos instrumentos, desde la verificación por el cumplimiento de normativas, manuales, satisfacción del usuario, entre otros; así encontramos que, en diferentes estudios, para medir la calidad de atención utilizan herramientas como el modelo SERVQUAL (José et al., 2019); (Febres-Ramos & Mercado-Rey, 2020) investigaciones cualitativas y cuantitativas por encuestas de satisfacción de usuarios (MSP, 2023) y demás estudios realizados por medio de encuestas de elaboración propia de los autores.

2.2.2 Enfermedades Terminales

La definición de una enfermedad terminal como una enfermedad inalterable, incurable, que resulta fatal a corto o largo plazo. Esto significa que hay una condición médica en la que no es posible brindar una cura con los tratamientos tradicionales, y por ende la muerte es inevitable.(Amado & Oscanoa, 2020) Esta definición incluye muchas enfermedades incurablemente graves, como el cáncer avanzado, el SIDA, la enfermedad de Alzheimer y la esclerosis múltiple, además de otras enfermedades

crónicas en fase terminal. En estos casos, los pacientes reciben tratamientos que alivian el sufrimiento asociado con la enfermedad, pero no intentan curarla.

La enfermedad terminal su principal criterio es la muerte inminente, aunque no en todos los casos es inmediata. Debido según las características de ciertas enfermedades no se puede curar, por lo cual el tratamiento es paliativo, es decir se basa en el alivio de los síntomas y control del dolor, así como en proporcionar apoyo emocional al paciente y a su familia. Se estima que los pacientes con enfermedades terminales tengan un rango de vida de unos pocos meses y varios años, dependiendo de factores tales como la edad, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos.

El tratamiento natural de una enfermedad terminal se basa en el alivio de los síntomas y buscar una pequeña mejora en la calidad de vida. Cuyo objetivo es el de mejorar el bienestar de la persona enferma, con la finalidad de buscar un aumento en la esperanza de vida y/o prevenir se agraven sus síntomas. Incluyendo en el tratamiento algunos medicamentos que sirven para aliviar el dolor y disminución de los síntomas presentes, realización de terapia física en búsqueda de movilidad corporal, apoyo mental, mediante terapia de intervención psicológica y la dieta acorde a las necesidades y restricciones. Además, los cuidados paliativos son una forma de tratamiento para las enfermedades terminales que se centran en proporcionar alivio del dolor y otros síntomas, así como apoyo emocional y espiritual para los pacientes y sus familiares. (Benítez Del Rosario & Asensio Fraile, 2002)

La atención a este tipo de pacientes, también se centran principalmente en la planificación de los cuidados al final de la vida. Como lo indica el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, 2021), implica la ayuda profesional a cada paciente en la toma de sus decisiones en relación a los tratamientos, el tipo de

cuidados a recibir, el lugar y condición de su muerte. Incluyendo en apoyo para el uso de medición específica para el alivio el dolor, la atención de un equipo de cuidados paliativos especializados en este tipo de pacientes y la realización actividades para ayudar al paciente a aceptar y esperar la muerte.

En estas enfermedades podemos encontrar que dentro de sus principales características la presencia de los síntomas físicos, como: intenso dolor, fatiga, debilidad, falta de aliento, anorexia, náuseas, vómitos y diarrea; así como también, síntomas psicológicos como ansiedad, depresión, desesperanza y cambios en el estado de ánimo. (Macedo & Bonito, 2019) Características que se encuentran presentes en todas las enfermedades, de cualquier tipo que estén destinadas a terminar como una enfermedad terminal con necesidad de cuidados paliativos.

2.2.3 Atención médica en enfermedades terminales

La atención a pacientes con enfermedades terminales a lo largo del tiempo se ha transformado en un área de necesidad de especialización para la práctica de la medicina. Debido principalmente al inminente aumento de diagnósticos de pacientes en fase terminal en los últimos años. Por lo cual la atención a este tipo de pacientes requiere la realización de acciones con un enfoque especializado, que brinden un aporte necesario para mejorar un poco su calidad de vida. Teniendo como principal objetivo este tipo de atención paliativa, la de proporcionar tratamiento para aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y satisfacer los deseos del paciente. Para ello, es necesario que los equipos de atención paliativa incluyan médicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos y espirituales. (Allende Pérez & Saldivar Ruiz, 2022)

Todas las acciones en los pacientes que se encuentran en su fase terminal de alguna enfermedad incurable, las cuales se basan en un abordaje multidisciplinario, con la colaboración de múltiples profesionales de la salud formados y capacitados, que brinden y ofrezcan diferentes opciones de tratamiento. Estos tratamientos pueden incluir terapia farmacológica, control del dolor, cuidados de enfermería, terapia de conversación, tratamiento de síntomas, apoyo espiritual y apoyo emocional. (Allende Pérez & Saldivar Ruiz, 2022) La intención, es que al paciente se le proporcione mejor calidad de vida posible durante el proceso de envejecimiento, aliviar el dolor y reducir los efectos secundarios de los tratamientos. El equipo de atención paliativa tiene la obligación y el deber de ayudar a los pacientes a buscar en los diferentes sistemas de atención médica, una guía para que así ellos puedan recibir los cuidados adecuados.

2.2.4 Diagnóstico

El diagnóstico de enfermedades terminales se convierte por sus características en un punto crítico del cuidado en los centros médicos y del equipo de salud. Esto es debido al fatídico pronóstico que estas enfermedades generalmente conducen a un desenlace como es la muerte. El diagnóstico de estas enfermedades es complicado debido a la variación de síntomas de pacientes con el mismo problema de salud, estos síntomas pueden variar enormemente entre los pacientes y ser similares a los de otras patologías. Para ello es indispensable que se logre realizar una detección temprana, pudiendo ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre las alternativas de tratamiento y cuidado a recibir. (Amado & Oscanoa, 2020) Esto puede incluir opciones de tratamiento que mejoren la calidad de vida, cuidados paliativos o

enfoques de cuidado espiritual. Buscando que los profesionales de la salud estén al tanto de los mejores recursos y prácticas para el diagnóstico.

Los síntomas pueden variar de paciente a paciente enormemente aun cuando sean la misma patología. Sin embargo, algunos síntomas comunes en todas las enfermedades son debilidad y pérdida de peso, fatiga, dolor, problemas para respirar y cambios en el estado mental. Por ello, para la realización de un correcto diagnóstico se debe realizar una combinación de acciones que van desde la realización de exámenes físicos, pruebas diagnósticas y análisis de laboratorio. Estos incluyen los exámenes acordes a los síntomas, valoración de los signos vitales y la exploración corporal. Las pruebas diagnósticas pueden incluir tomografías computarizadas, radiografías, ecografías, biopsias y otros procedimientos.

Una vez que se ha conseguido un diagnóstico, el personal médico debe ser participe en la ayuda para la toma de decisiones informadas sobre el tratamiento y el cuidado. Los pacientes pueden optar por recibir tratamiento curativo, si tienen la alternativa de realizarlo, por lo general en este tipo de enfermedades no es posible ejecutar; atención de cuidados paliativos o enfoques de apoyo o cuidado espiritual. El tratamiento curativo se centra en curar la enfermedad, mientras que el cuidado paliativo se centra en aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Los profesionales de la salud también deben ayudar a los pacientes a explorar sus opciones de cuidado espiritual, como meditación, oración, ayuno y otros enfoques. (Amado & Oscanoa, 2020)

Es crucial que los médicos sean conscientes de los mejores recursos y prácticas para el diagnóstico de enfermedad terminal. Esto incluye el conocimiento de las pruebas diagnósticas y pruebas de laboratorio que cuentan en su lugar de atención. También, la importancia de la actualización continua de los tratamientos y

nuevas formas de atención de estos pacientes o estas enfermedades. Esto puede incluir el uso de medicamentos nuevos, rehabilitación acorde a la necesidad, cuidado paliativo y enfoques de cuidado espiritual (Ministerio de Salud Pública, 2014a). Esto ayudará a los médicos a garantizar que los pacientes reciban el mejor cuidado posible.

2.2.5 Tratamientos

Los tratamientos para pacientes con enfermedades terminales son esenciales para mejorar su calidad de vida, con esto, los pacientes pueden beneficiarse de tratamientos como la terapia paliativa, la medicina de cuidado paliativo, la medicina de rehabilitación y los tratamientos farmacológicos (Sacristán Rodea & Ferrari Sanjuan, 2021), los cuales buscan generar un estado de confort y alivio temporal de la enfermedad. La terapia paliativa es un enfoque interdisciplinario para el cuidado de los pacientes que incluye una variedad de servicios para mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento.(Kirsh & Passik, 2006). La cual se emplea para el manejo de los síntomas físicos, emocionales y espirituales de los pacientes. La finalidad de la medicina de cuidado paliativo busca el alivio de los síntomas de los pacientes con lo que esperan mejorar su calidad de vida. Esto se logra a través de la administración de medicamentos, el control del dolor, el apoyo emocional y la educación al paciente. (Sacristán Rodea & Ferrari Sanjuan, 2021). También encontrando que dentro de los tratamientos a este tipo de personas se encuentra la rehabilitación la que se encarga de ayudar a los pacientes a mejorar su función y movilidad mediante la realización de ejercicios. Y, por último, pero no menos relevante se encuentran los tratamientos farmacológicos se utilizan para aliviar los síntomas de los pacientes y para tratar sus enfermedades.

Los tratamientos farmacológicos para los pacientes con enfermedades terminales pueden incluir analgésicos, ansiolíticos, antidepresivos y otros medicamentos. El objetivo principal de los analgésicos es aliviar el dolor. Los ansiolíticos se utilizan para reducir la ansiedad y la tensión. Los antidepresivos se utilizan para tratar la depresión y los síntomas relacionados. Otros medicamentos se utilizan para tratar los síntomas específicos de la enfermedad, como los medicamentos para el asma, la diabetes, el cáncer y la artritis. Los medicamentos para aliviar los síntomas se deben usar con precaución, ya que pueden tener efectos secundarios indeseables. (Sacristán Rodea & Ferrari Sanjuan, 2021)

Los cuidados paliativos también pueden incluir servicios de apoyo psicológico para ayudar a los pacientes y a sus familias a afrontar los cambios emocionales que acompañan a la enfermedad terminal. Estos servicios se pueden proporcionar a través de asesoramiento individual, grupos de apoyo y terapia de familia. Los servicios de apoyo espiritual también pueden ayudar a los pacientes y a sus familias a encontrar significado y paz en esta etapa de la vida. Estos servicios pueden incluir consejería espiritual, meditación guiada y oración. (Arrondo, 2020)

En el Ecuador, lo indicado por el Ministerio de Salud Pública para la atención a este grupo de pacientes se encuentra descrito en la guía de cuidados paliativos (Ministerio de Salud Pública, 2014a), cuya información más detallada se revisara en el apartado posterior de guía.

2.2.6 Cuidados Paliativos

Son una forma de atención integral al paciente, familia y cuidadores, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida a los pacientes que padecen una enfermedad crónica, terminal o en proceso de muerte. Estos se enfocan en la búsqueda del alivio

del dolor y otros síntomas físicos, así también la disminución de contratiempos emocionales que conllevan a stress por cansancio, fatiga, problemas socioeconómicos y que, en algunos de los casos por el enfoque y apego religioso, acuden al acompañamiento espiritual. De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2016), los cuidados paliativos son una intervención médica que se realiza cuando no hay cura para una enfermedad y se centra en la mejoría la calidad de vida de los pacientes y su entorno familiar.

La atención paliativa acorde al concepto abarca un amplio aspecto de atención, basados en el manejo de la enfermedad, el alivio del dolor y otros síntomas, así como la prevención y el alivio del sufrimiento. (Rio & Palma, 2007). Considerando el estado crítico del paciente donde su entorno familiar se encuentra inmerso, se trata de buscar acciones que permitan mantener un ambiente armónico, mejorando la calidad de vida del paciente y la de su familia.

Mediante la identificación, evaluación y tratamiento de los síntomas: ya sean físicos, emocionales, sociales y/o espirituales. Estos cuidados se enmarcan en un enfoque holístico para los problemas médicos, y encontrándolos en diversos lugares del entorno de la salud, los cuales incluyen hospitales, consultorios, hogares de ancianos, hogares de cuidados paliativos y la casa de los pacientes.

También se centran en el respeto por la autonomía del paciente, la dignidad, la privacidad y la seguridad. (Norma Lucía Colautti, 2011) Estos cuidados pueden incluir terapia sintomática, control del dolor, soporte emocional, apoyo para la familia, asesoramiento y orientación, alojamiento, alimentación y equipamiento médico. En muchos casos, los cuidados paliativos también forman parte como apoyo para el proceso de duelo. Los profesionales de la salud que ofrecen cuidados paliativos incluyen médicos, enfermeras, trabajadores sociales, religiosos, trabajadores

humanitarios, farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, terapeutas del habla y lenguaje y otros profesionales de la salud (León Perilla & Torkomian Joaquim, 2020) (Norma Lucía Colautti, 2011). Estos profesionales trabajan en conjunto equipo para proporcionar el mejor cuidado posible para el paciente y su familia, ofreciendo un enfoque centrado en el paciente.

Para aplicar los cuidados, es importante que los profesionales de la salud trabajen en estrecha colaboración con el paciente y su familia para proporcionar el mejor cuidado posible. Esto implicará la realización de una evaluación completa del paciente para determinar sus necesidades y prioridades. Los profesionales de la salud deben considerar los efectos físicos, emocionales y sociales de la enfermedad y la discapacidad. El equipo se centrará en mejorar la calidad de vida del paciente y proporcionar alivio de los síntomas (López, 2019). Esto puede incluir el uso de medicamentos para aliviar el dolor, tratamientos alternativos, asesoramiento y apoyo emocional y espiritual. Estos tratamientos se adaptarán para satisfacer las necesidades individuales del paciente.

2.2.7 Guías Prácticas Clínicas

Una guía práctica clínica es un documento que contiene recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de una enfermedad. Estas recomendaciones se basan en la mejor evidencia disponible y se actualizan regularmente para reflejar los avances de la investigación. Son herramientas claves para proporcionar la mejor atención a los pacientes además de un medio eficaz para compartir los hallazgos científicos con los profesionales de la atención de la salud; esto asegura que todos los proveedores de atención de la salud en cualquier nivel y localidad de un país tengan la misma información y puedan ofrecer la mejor atención

a los pacientes. Estas guías también pueden ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones clínicas informadas las cuales dentro de su estructura incluye recomendaciones destinadas a la atención del paciente y que ha sido elaborada cada una de ellas, en base a la revisión de evidencias existentes, la evaluación de riesgos presentes a lo largo del estudio y beneficios de las diferentes opciones de cuidados. (Oscar & Carrasco, 2019).

Las guías a menudo para su desarrollo y elaboración se realizan mediante la colaboración de un panel de expertos con conocimientos especializados que evalúan la evidencia sobre un tema en particular, conocido como medicina basada en la evidencia. Se efectúa mediante la lectura, revisión y evaluación de contenido bibliográfico científico, también, por la evaluación de aspectos determinantes mediante crítica de los estudios relevantes sobre los temas a estudiar, y con ello, logran emitir recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, mediante la evaluación de los resultados. Lo ideal es que las guías prácticas clínicas tengan una actualización regular, sin embargo para ello se debe contar con un equipo multidisciplinario especializado que verifique y compruebe que los avances científicos mejoren la calidad de la atención clínica. (Manterola et al., 2019)

También las guías son una forma eficaz de compartir los descubrimientos realizados durante las investigaciones de los profesionales de la salud. Estas pueden ayudar los profesionales a disminuir el tiempo en la toma de decisiones clínicas y con ello mejora la calidad de atención a cada uno de los pacientes. La utilización de las guías prácticas clínicas también busca reducir la brecha de variaciones entre el diagnóstico de una enfermedad de un paciente a otro durante la práctica clínica, mejorar el cumplimiento de recomendaciones basadas en la evidencia y mejorar los resultados del tratamiento.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha desarrollado una serie de guías prácticas clínicas para el tratamiento eficaz de diversas enfermedades, las cuales han sido diseñadas para proporcionar servicios médicos de calidad a los pacientes; con estas guías basadas en la evidencia de la investigación médica, la experiencia clínica y la mejor práctica. Además, el Ministerio también ha creado una base de datos para que los profesionales de la salud tengan acceso a estos documentos, esta base de datos es un recurso valioso para los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con afecciones crónicas, las cuales incluyen información sobre el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y prevención de enfermedades, así como información sobre el uso de medicamentos y otros tratamientos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020)

Las guías del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se basan para la realización y ejecución de las mismas en medicina basada en la evidencia y se actualizan regularmente para garantizar que los tratamientos recomendados sean seguros y efectivos. Estas guías son un recurso útil para los médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios para ofrecer asesoramiento y tratamiento apropiado a sus pacientes. Las guías también son una herramienta útil para los pacientes, ya que proporcionan información sobre enfermedades y tratamientos para que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud.

Enunciado las principales guías del Ecuador Tenemos:

Guías del 2013:(Ministerio de Salud Pública, 2013)

1. Diagnóstico y tratamiento nutricional del paciente pediátrico y adolescente con fenilcetonuria
2. Guía práctica clínica de hemorragia postparto

3. Guía práctica clínica del diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto diferido y recurrente
4. Guía práctica clínica de fibrosis quística
5. Guía práctica clínica de transfusión de sangre y sus componentes
6. Guía práctica clínica de trastorno hipertensivos en el embarazo
7. Guía práctica clínica de lupus eritematoso
8. Tratamiento nutricional del paciente pediátrico y adolescente con galactosemia
9. Infección de vías urinarias
10. Guía práctica clínica diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedad de guacher tipo 1

Guías del 2014: (Ministerio de Salud Pública, 2014b)

1. Guía práctica clínica de alimentación y nutrición de la mujer gestante y de la madre en periodo de lactancia
2. Guía práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de anemia en el embarazo
3. **Guía práctica clínica de cuidados paliativos**
4. Guía práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de diabetes en el embarazo pregestacional y post gestacional
5. Guía práctica clínica de diagnóstico, tratamiento de la hiperplasia suprarrenal congénita
6. Guía práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de infección vaginal en obstetricia
7. Guía de cuidados paliativos para el ciudadano
8. Guía práctica clínica de diagnóstico, tratamiento del paciente con osteogénesis imperfecta

Guías del 2015:(Ministerio de Salud Pública, 2015)

1. Guía práctica clínica de aborto terapéutico
2. Guía práctica clínica del parto por cesárea
3. Guía práctica clínica de caries
4. Guía práctica clínica del recién nacido prematuro
5. Guía práctica clínica de ruptura de membrana pretérmino
6. Guía práctica clínica de hipotiroidismo congénito
7. Guía práctica clínica de sepsis neonatal
8. Guía práctica clínica de atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato

Guías del 2016: (Ministerio de Salud Pública, 2016)

1. Guía práctica clínica de prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis
2. Guía práctica clínica de trauma dental
3. Guía práctica clínica del recién nacido con dificultad para respirar
4. Guía práctica clínica de control prenatal
5. Guía práctica clínica de tratamiento odontológico en embarazadas
6. Guía práctica clínica de trastornos hipertensivos en el embarazo
7. Guía práctica clínica de dolor lumbar
8. Guía práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del acné
9. Guía práctica clínica de artritis reumatoide
10. Guía práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la hemofilia congénita
11. Guía práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de la alergia a la proteína de la leche

Guías del 2017: (Ministerio de Salud Pública, 2017a)

1. Trastorno del espectro autista en niños y adolescentes: detención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento.
2. Guía práctica clínica de neumonía adquirida en la comunidad en pacientes de 3 meses a 15 años
- 3.
4. Guía práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2
5. Guía práctica clínica de tratamiento del dolor oncológico en adultos
6. Anomalia de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales
7. Guía práctica clínica de linfoma de Hodgkin en adultos
8. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente del adulto

Guías del 2018: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018)

1. Guía práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis
2. Guía práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica

Guías del 2019: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019)

1. Guía de práctica clínica encefalopatía hipóxica del recién nacido
2. Guía de práctica clínica hipertensión arterial
3. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en embarazadas, niños, adolescentes y adultos
4. Guía práctica clínica de diabetes en el embarazo

Los resultados de la aplicación de las guías prácticas clínicas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador han demostrado ser una herramienta útil para mejorar la calidad de los cuidados de salud; estas guías proporcionan recomendaciones

basadas en la evidencia para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades, las mismas que han contribuido a reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a varias enfermedades, especialmente en el campo de la salud materno-infantil, en donde los resultados han sido particularmente alentadores. También encontrando que, en el ámbito de la salud mental, los resultados han demostrado un aumento significativo en el número de personas que reciben tratamiento adecuado para sus problemas. Esto se debe a la implementación de guías que incluyen recomendaciones sobre el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades mentales.

Además, se ha logrado la mejorado el acceso a los servicios de salud para la población más vulnerable; esto ha sido posible gracias a la implementación de las guías para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en personas de bajos recursos. Con lo que contribuye a la mejora del acceso a la atención médica para personas que de otra manera no tendrían acceso a este tipo de servicios.

2.2.8 Guía de cuidados paliativos

La guía práctica clínica de cuidados paliativos es una guía adoptada de la guía de práctica clínica sobre los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud del Gobierno Español, publicada en noviembre del 2014, por la Dirección Nacional de Normatización (Ministerio de Salud Pública, 2014a), en cuya descripción encontramos datos que permiten realizar un diagnóstico y tratamiento acorde a los niveles de atención, ya sea esta prehospitalario, primer nivel y acciones específicas de segundo y tercer nivel; la cual es dirigida para la implementación por los profesionales de salud que atienden este tipo de pacientes, entre los cuales se encuentran los médicos, psicólogos, enfermeras/os, trabajadores sociales en todos los niveles de atención. La

importancia de esta guía radica principalmente en la atención de personas con enfermedades crónicas, progresivas, avanzadas, incurables, de pronóstico de vida limitado y en la fase terminal de la misma, las cuales abordan acciones enfocadas en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, abordaje psicosocial y espiritual del individuo.

La principal característica de la guía, es la resolución de interrogante en el momento de atención de los pacientes con enfermedad terminal, en la cual se plantean interrogante y sus resoluciones en base a la comunicación, información y toma de decisiones; todo esto basado en la valoración y control de los síntomas, realización de diferentes tipos de tratamientos acorde a cada síntoma encontrado por enfermedad o tipo de enfermedad, necesidades de apoyo psicosocial, espiritual, durante la fase terminal, tanto al paciente como a la familia, e inclusive en niveles de atención superiores, segundo y tercer nivel, la atención en los últimos días de agonía, sedación paliativo y el duelo. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

Para la realización de estudio en el primer nivel de atención en el que se va a relacionar la calidad de atención médica en pacientes con enfermedades terminales y la aplicación de lo que indica la guía de cuidados paliativos, se utilizó dos aristas relevantes, el principal es la del control de los síntomas y la aplicación de tratamientos por grupos de enfermedades.

Los síntomas a valorar acorde a los grupos de enfermedades presentes en la guía se enumeran a continuación (Ministerio de Salud Pública, 2014a):

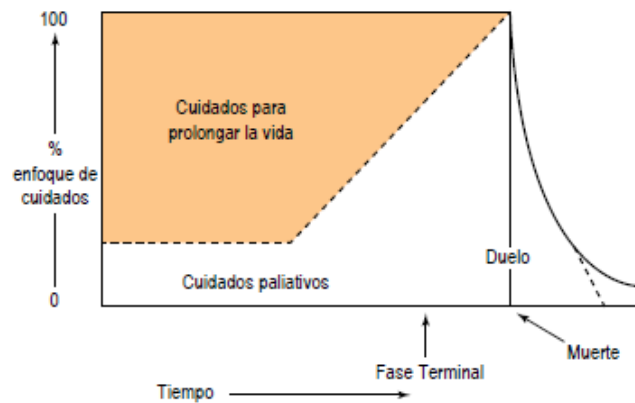
- Astenia, anorexia – caquexia, deshidratación
- Síntomas respiratorios
 - Disnea
 - Tos
 - Obstrucción de la vena cava superior
- Síntomas psicológicos y psiquiátricos
 - Delirium
 - Insomnio

- Ansiedad
 - Depresión
- Síntomas digestivos
 - Mucositis
 - Xerostomía
 - Candidiasis
 - Disfagia
 - Náuseas y vómitos
 - Estreñimiento
 - Diarrea
 - Obstrucción intestinal
 - Ascitis
 - Hipo
- Cuidados de la piel
 - Prevención y tratamiento de las úlceras
 - Prurito
- Síntomas urinarios
 - Tenesmo vesical
- Urgencias
 - Hipercalcemia
 - Compresión medular
 - Crisis convulsivas
 - Hemorragias
- Apoyo psicosocial y espiritual

Teniendo como objetivo general de esta guía la estandarizar los procedimientos de atención sanitaria para las personas con enfermedades crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado, y que se encuentren en la fase final de la vida y de sus familias, en los distintos ámbitos familiares y los establecimientos del sistema nacional de salud (Ministerio de Salud Pública, 2014a), procedimiento surge que deben ser aplicadas en todos los niveles de atención, los cuales están basados en medicina basada en la evidencia y adaptado de la guía española de cuidado paliativo.

En esta guía, nos indica la importancia de la aplicación de este tipo de cuidados en las etapas temprana del diagnóstico de la enfermedad terminal, para con ello empezar a realizar acciones o tratamientos paliativos, de confort y acompañamiento al duelo.

Figura. 1. Esquema de los cuidados para la prolongación de la vida



Fuente: guía práctica clínica- Cuidados Paliativos – Ecuador. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

En la que podemos observar que en una escala del 100%, lo que se requiere es realizar los cuidados paliativos para aumentar la vida o supervivencia de los pacientes, lo que generara prolongación de vida basados en los cuidados realizados. Conociendo esto, los aspectos relevantes para la aplicación de la guía de cuidados paliativos es en primer lugar la valoración de los síntomas de las enfermedades que cursan o requieren cuidados paliativos, lo que busca es mejorar la calidad de vida de la población con este tipo de problemas, para ello se requiere la realización tratamientos enfocados en el alivio de los síntomas. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

2.2.8.1 Valoración de pacientes terminales según la guía

La valoración de los síntomas en los pacientes con enfermedades terminales se basa en el tipo de enfermedad, no obstante, en cada paciente es imperativo la realización de valoración integral, para ello encontramos que los pacientes cuidados paliativos. en la fase final de la vida (FFV) presentas múltiples problemas relacionados a la enfermedad de base, acorde a la localización del problema, recordando que algunas patologías que llegan a ser terminales son causadas por problemas

específicos, como los tumores, problemas respiratorios, entre otros. (Ministerio de Salud Pública, 2014a), siendo así que, en la guía de cuidados paliativos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, tenemos la siguiente tabla de prevalencia de síntomas por algunos tipos de enfermedades.

Cuadro nro. 1. Síntomas por enfermedad

Síntomas	Cáncer	Sida	Insuficiencia cardiaca	EPOC	Enfermedad renal
Dolor	35%-96% N = 10.379	63%-80% N = 942	41%-77% N = 882	34%-77% N = 372	47%-50% N= 370
Depresión	3%-77% N = 4 378	10%-82% N = 616	9%-36% N = 80	37%-71% N = 150	5%-60% N = 956
Ansiedad	13%-79% N = 3 274	8%-34% N = 346	49% N = 80	51%-75% N = 1 008	39%-70% N = 72
Confusión	6%-93% N = 9 154	30%-65% N = ?	18%-32% N = 343	18%-33% N = 309	—
Astenia	32%-90% N = 2 888	54%-85% N = 1.435	69%-82% N = 409	68%-80% N = 285	73%-87% N = 116
Disnea	10%-70% N = 10 029	11%-62% N = 504	60%-88% N = 948	90%-95% N = 372	11%-62% N = 334
Insomnio	9%-69% N = 5 606	74% N = 504	36%-48% N = 146	55%-65% N = 150	31%-71% N = 351
Náuseas	6%-68% N = 9 140	43%-49% N = 689	17%-48% N = 146	—	30%-43% N = 362
Estreñimiento	23%-65% N = 7 602	34%-35% N = 689	38%-42% N = 80	27%-44% N= 150	29%-70% N= 483
Diarrea	3%-29% N = 3 392	30%-90% N = 504	12% N = 80	—	21% N= 19
Anorexia	30%-92% N = 9 113	51% N = 504	21%-41% N = 146	35%-67% N = 150	25%-64% N = 395

Fuente: Porcentaje y número total de pacientes evaluados por cada síntoma- guía práctica clínica- cuidados paliativos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

En el cuadro anterior, se visualiza la variabilidad de los síntomas en cada grupo o patología, encontrando que casi la totalidad de ellos se encuentran presentes en todos los problemas de salud. Por ello es relevante la valoración integral de los síntomas en cada grupo de enfermedades que llegan a ser terminales.

Para la valoración de los síntomas, la guía presenta un número de escalas aplicables para la valoración de los problemas presentes; lo cuales tienen la finalidad

de la busque de un tratamiento específico para cada síntomas o grupo de enfermedad. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

2.2.8.2 Valoración y tratamiento de pacientes terminales por síntomas o grupos de enfermedad

2.2.8.2.1 Astenia, anorexia-caquexia

La valoración de este grupo de síntomas se basa principalmente en la búsqueda del tratamiento adecuado, para ello se valora en la astenia la capacidad funcional general, cansancio, concentración memoria, labilidad emocional y otros síntomas; La anorexia por su parte se lo define como la falta de apetito, la que se acompaña generalmente por la perdido de peso, lo que acompaña o genera los cuadros de astenia; y la caquexia, es el cuadro de desnutrición y pérdida de peso asociada a la astenia, la cual por lo general se presentan en los pacientes en la etapa final de las enfermedades terminales con necesidad de cuidado paliativo. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- Astenia.

Síntoma frecuente en los pacientes con enfermedades terminales, el cual se encuentra en casi el 100% de los casos, para la valoración se debe analizar muchos factores asociados o que desencadenan la enfermedad, entre ellos tenemos al dolor, anemia, infecciones, tratamientos de quimioterapia o radiación, depresión, insomnio y ansiedad, síndrome para neoplásicos, caquexia, fármacos, trastornos metabólicos, algunas morbilidades asociadas como la insuficiencia cardiaca, EPOC, neurológicas, entre otras. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

Con todas las enfermedades relacionadas, es necesario para el tratamiento de este síntoma a la aplicación de acciones integrales, entre las que se incluyen las

intervenciones psicosociales para los casos de depresión, insomnio, ansiedad; tratamientos para el alivio del dolor, resolución de anemia, tratamiento de infecciones, e inclusive algunos corticoides como la prednisona. (Ministerio de Salud Pública, 2014a).

- Anorexia y caquexia

La valoración de estos síntomas se basa en la comunicación entre los profesionales de la salud, paciente y familia, en la que se establece una comunicación efectiva en la se visualicen la falta de apetito y problemas de alimentación; para ello existen criterios de diagnóstico de la caquexia: 1. Criterio mayor, con la pérdida de peso en el plazo de 1 años calendario de por lo menos del 5%; asociados a ello los criterios menores, como la pérdida o disminución de la fuerza muscular, astenia, bajo índice de grasa corporal, aumento de marcadores inflamatorios, anemia y bajos niveles de albumina, se puede diagnosticar con caquexia. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

Posterior a la evaluación de los síntomas, los tratamientos recomendados en la guía de cuidados paliativos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2014a) indica que: se pueden usar mejorado es del apetito como el acetato de magesrol, pero conociendo los efectos secundarios que pueden relacionarse a la muerte como los fenómenos tromboembólicos; otro de los medicamentos son los corticoesteroides como la metilprednisolona (32-125mg/día), prednisona (10mg/día) y dexametasona(3 a 8 mg/día), los cuales mejoran el apetito, sin embargo su duración es corta y de fácil utilización; los demás medicamentos aplicables no cuentan con suficiente evidencia científica para la aplicación.

Tratamientos no farmacológicos usados en este tipo de síntomas, tenemos al ejercicio aeróbico, con la finalidad de mejorar el estado general. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- **Deshidratación**

La valoración de la deshidratación es uno de los principales síntomas valorados en los pacientes con cuidados paliativos, cuya valoración en estos pacientes se basan en la presencia de sed, sequedad de mucosas y confusión, en los pacientes consientes sin la utilización de opioides, secreciones pulmonares, que generan bajo aporte de oxígeno, insuficiencia cardiaca y otras, relacionándolos con los cuadros de astenia, caquexia y anorexia; para posterior a ello emitir tratamientos con fluidos de forma enteral o parenteral con soluciones con electrolitos y salinas. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

2.2.8.2.2 Síntomas respiratorios

Otros de los síntomas de mayor presencia en los pacientes con enfermedades terminales que requieren cuidados paliativos, son los de índole respiratorio, entre estos tenemos a la disnea, tos y obstrucción de vena cava superior, cada una asociada a las patologías presentes en los pacientes con enfermedades terminales, para ello se divide por cada síntoma la valoración precisa.

- **Disnea**

Según la definición es la sensación de falta de aire (Quitian, MD. et al., 2011) que tienen los pacientes con alguna patología relacionada o no a problemas pulmonares, muchas veces por problemas circulatorios, digestivos e incluso psicológicos. Y en los pacientes con requerimientos de cuidados paliativos, este síntoma varía según la patología de base, desde el 30% en problemas oncológicos, hasta sobrepasar el 90% en las enfermedades pulmonares crónicas, en su último

estadio. Para lo cual se utilizan diferentes tipos de evaluación, empezando principalmente por la medición de la intensidad de la respiración, y no por la presencia de hipoxia o con el uso de exámenes complementarios como las radiografías de tórax, gases arteriales, oximetría de pulso. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

Una vez valorado la disnea, se puede realizar diferentes tipos de tratamientos, comenzando con los no farmacológicos como la aplicación de oxígeno terapéutico, acorde al nivel de oxígeno en sangre y por valoración de oximetría de pulso; para estadios más avanzados se pueden utilizar derivados de los opioides, los cuales calman los síntomas; en otros casos, se requiere el uso de ventilación no invasiva, mayormente en los procesos neurológicos o estadios terminal de EPOC, siempre y cuando exista tolerancia del mismo; en la mayoría de los casos, dependiendo de la enfermedad de base de la disnea (EPOC, asma y problemas de vía aérea superior), se requiere el uso de corticoides. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- Tos

Este síntomas característicos de los pacientes con enfermedades terminales relacionadas a los problemas pulmonares, se encuentra presente hasta el 86% del cáncer de pulmón y hasta el 37% en otros tipos de canceres (Ministerio de Salud Pública, 2014a); como en todos los casos de la presencia de este síntoma, esta puede ser productiva y no productiva; por lo cual se debe realización previo al envío del tratamiento, una valoración integral de las causas.

Las principales causas de este síntoma, son las oncológicas, en las que se evidencia, masas tumorales, derrames pleurales y pericárdicos, atelectasias, obstrucción de la vena cava superior, infecciones, fistulas esofágicas, laringitis carcinomatosas, y las complicaciones de la radioterapia; además de las que no tienen relacion oncológicas como el goteo posnasal, asma, EPOC, bronquiectasia

Tromboembolismo pulmonar, insuficiencia cardiaca, reflujo, irritación timpánica y la administración de algunos medicamentos como los IECA. (Ministerio de Salud Pública, 2014a) Para lo cual la primera medida de tratamiento de este síntoma es basado en la identificación de la o las causas como en los cáncer de pulmón (Ministerio de Salud Pública, 2017b) en el que el tratamiento es basado en la quimioterapia o radioterapia, sin embargo se pueden incluir tratamientos farmacológicos antitusígenos como los de acción central o periférica:

Antitusígenos de acciones central:

- Codeína (30- 60 mg/4 h) morfina (5- 20 mg/4 h); si se previamente se puede aumentar el 50 % la dosis diaria.
- Dexametasona 2- 4 mg/día.
- Nebulización con lidocaína 2% (5 ml/6h), bupivacaina (2ml al 0,25%/8h).

Antitusígeno de accione periférica:

PACIENTE CAPAZ DE TOSER:

- Humidificar el ambiente
- Mucolíticos: N-acetil cisteína
- Antitusivos si la tos es incapacitante o exacerba otros síntomas

PACIENTE INCAPAZ DE TOSER:

- Opioides: codeína, morfina
- Hiosina oral o subcutánea: 10 – 20 mg c/6- 8 h. Para disminuir las secreciones pulmonares.
- Nebulización con suero fisiológico para la fluidificación de secreciones

Sin embargo, la elección de estos tratamientos paliativos, difiera de las necesidades individuales de cada individuo.

- Obstrucción de la vena cava superior

Este síntoma se caracteriza principalmente por la presencia de una masa, por lo general tumoral en el mediastino, principalmente en los pacientes con problemas cancerígenos de origen bronquial, pulmonar y en los casos de metástasis. En el que entre el 2% y 4% de pacientes con tumores bronco génico presentarán un OVCS durante la evolución patológica. El riesgo asciende hasta el 20% en el carcinoma de células pequeñas, debido a su origen central bronquial” (Ministerio de Salud Pública, 2014a).

El tratamiento de este síntoma es principalmente basado en la causa adyacente, y por lo general, esta causa son las oncológicas, en las que se utiliza con los tratamientos de radioterapia, quimioterapia, uso de corticoides y en algunos casos la colocación de stents, siendo el ultimo el que logra disminuir inmediatamente la presencia de este síntoma.

2.2.8.2.3 Síntomas psicológicos y psiquiátricos.

- Delirium

Se lo define como el estado de alteración confusional debido a un disfunción cerebral, la cual está acompañada de alteración en la atención, percepción, pensamiento, pérdida de memoria e incluso conducta psicomotoras alteradas con movimientos no ideales, sumado a alteraciones de la emoción y del sueño; para la valoración o diagnóstico de este síntoma, se debe visualizar primero la intensidad, ya que, en la mayoría de los casos es muy variable, por que en algunos casos los síntomas son imperceptibles o de bajo nivel, los cuales se normalizan con el pasar de los días y el paciente no siente el problemas, mientras otros son intensos que requieren hasta atención de urgencias médicas.

Para el diagnóstico de este síntoma se utiliza como indica el Ministerio de Salud Pública en su guía de cuidados paliativos (Ministerio de Salud Pública, 2014a);

Cuadro nro. 2: Confusion Assessment Method:

Punto 1. Inicio agudo y curso fluctuante

Esta característica se suele obtener de un observador y se demuestra por respuestas positivas a:
¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental previo del paciente? ¿La conducta anormal oscila durante el día, es decir, va y viene? ¿Empeora y mejora?

Punto 2. Falta de atención

Demuestra una respuesta positiva a: ¿Ha tenido el paciente dificultad para mantener la atención?
¿Se distrae fácilmente o tiene dificultad para seguir la conversación?

Punto 3. Pensamiento desorganizado

Dada por una respuesta afirmativa a la siguiente pregunta: ¿El pensamiento del paciente ha sido desorganizado o incoherente, como una conversación irrelevante, confusa o con un flujo ilógico de ideas, o con cambios impredecibles de un tema a otro?

Punto 4. Nivel de conciencia alterado

Dada por una respuesta cualquiera o distinta: de «alerta» a la siguiente pregunta: En conjunto, ¿cómo puntuarías el nivel de conciencia de este paciente: alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letárgico (medio dormido, despierta fácilmente), ¿estupor (difícil de despertar) o coma (incapaz de despertar)?

Fuente: Valoración de síntoma- guía práctica clínica- cuidados paliativos. (Ministerio de Salud Pública, 2014a).

Las causas de este síntoma es variable, depende de la etiología de base, así tenemos a las enfermedades de sistema nervioso central; realización de tratamientos oncológicos, toma de fármacos psicoactivos, administración de otros medicamentos como los corticoides, antihistamínicos, y antibióticos; Enfermedades sistémicas como las insuficiencias cardíacas, respiratorias, hepáticas y renales, infecciones de cualquier tipo, hematológica, coagulopatías, y deshidratación, también los casos de hipercalcemia, cuadros de hiponatremia, presencia de hipomagnesemia, o incluso la hipoglicemia; además aspectos psicosociales como los problemas de la vista, oído, presencia de dolor, y evacuación como la urinaria y fecal.

Es así que para el tratamiento del Delirium, según las recomendaciones de la guía (Ministerio de Salud Pública, 2014a); lo primero es el tratamiento de la etiología

de la enfermedad de base, y posterior la aplicación de tratamiento sintomático, y el uso en algunos casos de medicamentos como los neurolépticos, benzodiazepinas entre otras, sin embargo estos medicamentos también pueden desencadenar cuadros de delirium. En este síntoma en particular, se busca el trabajo conjunto entre los profesionales, familiares y cuidadores de los pacientes con cuidados paliativos, buscando confianza que mejore el estado de salud.

- Insomnio

Conocido como un trastorno que dificulta la conciliación del sueño, sueño intermedio, o despertares tempranos y del sueño no reparador. Los cuales en los pacientes con necesidades de cuidados se debe valorar bajo las siguientes premisas (Ministerio de Salud Pública, 2014a): dificultad de conciliación 30 minutos o más, y dificultad de mantenimiento, cuando existe un despertar nocturno de más de 30 minutos; Los problemas de sueño se manifiestan 3 noches por semana y la cuando la alteración del sueño desencadena alteraciones como la astenia. Encontrando que este tipo de problemas está en todos los pacientes con enfermedades terminales, y aumenta la intensidad dependiendo del estadio del paciente.

Para ello se encuentran factores implicados en el insomnio en los pacientes con cuidados paliativos, entre los cuales tenemos a la tabla de:

Cuadro nro. 3: Factores implicados en el insomnio en los pacientes de cuidados paliativos

<p>Predisponentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento del nivel de excitación • Mujer • Edad • Antecedentes familiares de insomnio • Antecedentes personales de insomnio • Enfermedad psiquiátrica concomitante (ansiedad, depresión, etc.)
<p>Desencadenantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacto psicológico de la enfermedad • Cirugía mutilante (con afectación estética o funcional) • Ingreso hospitalario • Radioterapia

- Trasplante de médula ósea
- Quimioterapia (náuseas y vómitos)
- Uso de fármacos (como corticoides)
- Síntomas menopáusicos (sofocos)
- Dolor
- *Delirium*
- Otros síntomas (reflujo, disnea, prurito, etc.)

Mantenedores

- Conductas mal adaptativas ante el insomnio
 - Permanencia demasiado larga en la cama
 - Horario sueño-vigilia irregular
 - Siestas
 - Actividades en la cama que reduzcan o interrumpan el dormir.
- Creencias y actitudes erróneas ante el insomnio
 - Expectativas no reales de la importancia y necesidades de sueño
 - Valoración errónea de las dificultades para dormir
 - Atribución errónea de alteraciones diurnas
 - Ideas erróneas acerca de las causas del insomnio

Fuente: Valoración de síntoma- guía práctica clínica- cuidados paliativos. (Ministerio de Salud Pública, 2014a).

Siendo de esta manera que, para la realización del tratamiento de este síntoma, se debe tratar la causa de la enfermedad de base, buscando mejorar esto, cuando no es posible corregir la enfermedad base, como en la mayoría de los casos de enfermedad terminal, se aplican maniobras de higiene del sueño y tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Las maniobras de higiene del sueño se basan en estrategias como: horarios regulares, horario de dormir solo por necesidad, eliminación estímulos visuales, medicación estimulante, entre otros. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

El tratamiento farmacológico en este síntoma, incluye la utilización de benzodiazepinas, la utilización de estos ha generado efectos en corto plazo, pero a larga data genera efectos secundarios como somnolencias, caídas, alteraciones psicomotoras y cognitivas; otros medicamentos utilizados son los que generan hipnosis a los pacientes como los antidepresivos sedantes como la amitriptilina, usados en los casos de síntomas depresivos. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- Ansiedad

Es los pacientes con enfermedades con requerimientos de atenciones paliativas, los pacientes tienen muchos problemas psicológicos, entre ellos un síntoma característico es la ansiedad, la que se manifiesta con dolor, disnea, insomnio, etc., la cual se caracteriza por la presencia de síntomas, entre los cuales tenemos a los somáticos, como la tensión muscular, tembló, disnea, palpitaciones, inestabilidad, sudoración, entre otros; síntomas conductuales como irritabilidad, inquietud, y cognitivos como pensamientos negativos, miedo y preocupación.

El tratamiento de la ansiedad es basado principalmente en los síntomas, sin embargo, en los casos leves, es suficiente con la intervención psicológica, las cuales se basan en las acciones de psicoterapia cognitivo conductual del paciente y sus familiares; y el tratamiento farmacológico incluye el uso de benzodiazepinas como la midazolam y alprazolam; neurolépticos como el haloperidol; antidepresivos, antihistamínicos y opioides, según la necesidad y el estado de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- Depresión

En los pacientes con necesidad de cuidados paliativos, este síntoma es uno de los más comunes, la guía indica que todos los pacientes con enfermedades terminales presentan esto síntomas en diferentes porcentajes que oscilan entre el 3 y 82%; en los cuales se manifiesta y se puede valorar sensaciones de tristeza y animo deprimido, siempre frecuente en los pacientes que esperan la muerte; por ello el diagnóstico de este síntoma es especialmente difícil o problemático. Para ello y por efectivizar un diagnóstico oportuno, los profesionales de la salud deben realizar un diagnóstico clínico, basados principalmente en la verificación de los síntomas emocionales.

Para la valoración de la depresión se valoran los siguientes criterios diagnósticos: (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

A) Presencia, durante un período de dos semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser por el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o nulidad da capacidad de placer.

1. Animo depresivo durante el día.
2. Disminución significativo del interés o el placer.
3. Pérdida de peso.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento.
6. Cansancio.
7. Sentimientos de inutilidad.
8. Mínima capacidad para pensar o concentrarse.
9. Pensamientos continuo de muerte, o pensamientos suicidas

Los tratamientos de este síntoma incluyen principalmente el asesoramiento psicológico, en las que se deben incluir acciones de psicoterapia de relajación, orientación; también se pueden utilizar tratamientos farmacológicos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos (ADT), en especial para pacientes con cáncer. También se debe valora y tratar a los pacientes con riesgo de suicidio, ya que este es muy frecuente en estos pacientes, y evaluar la aplicación de tratamientos oportunos para la depresión. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

2.2.8.2.4 Síntomas digestivos

- Cuidados de la boca

Aspecto fundamental en la atención de los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidado paliativos, ya que, los síntomas orales son manifestaciones de una mala higiene oral, la que generan múltiples complicaciones, tanto en la alimentación, comunicación, y relación interpersonal con los enfermos; para mantener un correcto cuidado de la boca, se debe realizar múltiples acciones o tratamientos localizados como:

- ❖ Mantener los labios y mucosa limpia, suave y precautelar la no presencia de lesiones.
- ❖ Eliminación de los restos de comida y placa dental formada
- ❖ Realizar profilaxis oral
- ❖ Alivio de dolor localizado
- ❖ Apoyo psicológico e inclusión familiar (Ministerio de Salud Pública, 2014a)
 - Mucositis

Este síntoma, es un efecto secundario de algunos tratamientos receptados por los pacientes con enfermedad terminal, se manifiesta como una reacción inflamatoria de la mucosa, con presencia de eritema, úlceras, en algunos casos se acompaña de xerostomía y cambios en el gusto del paciente; todas estas manifestaciones, pueden aumentar la necesidad de hospitalización de los pacientes, debido a la dificultad de la recepción de medicación por vía oral. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

El tratamiento utilizado por este problema es farmacológico, con la utilización de pastas o pastillas antibióticas, o enzimas hidrolíticas como la papaína, tripsina, quimiotripsina, otras opciones utilizadas para este problema es la povidona, y sulfato de zinc como medio de limpieza; y con todos estos mejoran en parte la calidad de vida de los pacientes y evitando la mayor estancia hospitalaria.

- Boca seca, (xerostomía)

Este síntoma común en los pacientes con enfermedad terminal, se manifiesta con la sensación de boca seca, sin la disminución de la presencia de saliva, se presentan en un 88% de los casos, en especial los pacientes en estadios de cáncer avanzados o en fase terminal. (Ministerio de Salud Pública, 2014a), una de las complicaciones de este síntoma, es el aumento de las ulceraciones por la baja cantidad de saliva, lo que aumenta la posibilidad de presencia de infecciones o candidiasis, y los problemas en la alimentación por la dificultad de deglutir por la no formación del bolo alimenticio, causadas por algunos tratamientos, enfermedades de base como tumores, problemas de deshidratación y algunas causas psicológicas como los cuadros de ansiedad y depresión.

El tratamiento farmacológico no existe para este síntoma, sin embargo, se puede recomendar el consumo de frutas que produzcan salivación como la piña, el uso de chicles, o consumo de hielo, y en algunos casos el uso de saliva artificial, sin tener mucha eficacia. (Ministerio de Salud Pública, 2014a).

- Candidiasis

Infección de índole nicótico frecuente en los pacientes con enfermedades terminales, con mayor presencia en los inmunodeprimidos ya sean por enfermedades infectocontagiosa o con tratamientos para el cáncer, sin embargo, en las demás enfermedades se presentan como efecto secundario de tratamientos a base de antibióticos o corticoides, e incluso por la mala higiene bucal. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

El tratamiento para este problema se da por acciones localizadas, como el uso de tratamientos tópicos como la nistatina y orales como el triconazol o fluconazol; es importante la realización de profilaxis de candidiasis en los pacientes con tratamientos

oncológicos, sida o uso de corticoides, con las siguientes dosis: Fluconazol 150mg/semanal, o itraconazol 100mg/12horas. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- **Disfagia**

Este síntoma es en algunos casos la consecuencia de otros síntomas digestivos como la mucositis o xerostomía, las cuales no permiten la deglución normal de alimentos por la no formación del bolo alimenticio y dolor al deglutir; mientras que también puede ser diagnosticado este síntoma por la presencia de tumoraciones que no permitan la deglución del bolo alimenticio; también por afectaciones en las estructuras nerviosas en los pacientes con enfermedades terminales con enfermedades neurológicas, o vasculares. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

El tratamiento de este síntoma requiere en primer lugar de la valoración individualizada de cada paciente, realizando primordialmente el tratamiento para la causa del problema de base que produjo la disfagia, además se puede emplear medidas que mejoren la deglución, como la hidratación adecuada de cada paciente, además de la recomendación de dietas blandas de fácil deglución.

- **Náuseas y vómitos**

Los síntomas como las náuseas y el vómito, son manifestaciones que se presentan en los cuadros de cáncer en un porcentaje que llega hasta el 68%, mientras que en otras enfermedades como el sida, insuficiencia renal, cardiaca puede llegar hasta el 50%; no se conoce las causas reales de este síntoma, sin embargo su presencia es por alteración de los sistemas nervioso y gastrointestinal, ya sea por alteración directa en el estómago, aumento de la presión craneal, algunos tipos de tumores, en especial cerebrales y de esófago, entre otros; también se presenta estos síntomas en pacientes con necesidades de cuidados paliativos como consecuencia

de la administración de medicamentos de alta complejidad. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

Para el tratamiento de estos síntomas, en algunas de las enfermedades terminales, se describe en diferentes guías, como la oncológicas la profilaxis de tratamiento en función de riesgo de emesis, por los fármacos utilizados. (Ministerio de Salud Pública, 2017b)

Para los diferentes tipos de vómitos y náuseas, se usan medicación basados en la situación clínica del pacientes con cuidados paliativos, es así que: (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- ❖ Para hipertensión intracraneana se utiliza la Dexametasona
- ❖ Para obstrucción intestinal, se usa corticoides, metilb. De hioscina
- ❖ Por el origen vestibular, antihistamínicos
- ❖ Para los tratamientos con opioides, cambio de opioide, metoclopramida, haloperidol, corticoides.

Para quimioterapia y radioterapia según su nivel de intensidad: (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- ❖ Quimioterapia con síntoma de alta, moderada y baja intensidad, el uso de ondasetron + dexametasona, y muy intensidad, el uso de metoclopramida.
- ❖ Radioterapia con síntomas de alta intensidad; ondasetron + dexametasona; moderada y baja intensidad, ondasetron, y muy baja intensidad, el uso de metoclopramida.

- Estreñimiento

Este síntoma es el más frecuente en los pacientes con necesidad de cuidados paliativos, es así que la guía indica que hasta el 87% de los pacientes sufre este síntoma; debido a múltiples factores, como la movilidad del paciente, la dieta general,

el uso de medicamentos, alteraciones metabólicas, entre otros. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

Para el tratamiento de este síntoma en particular, lo primero es la recomendación del cambio de dieta y aumento de ejercicio físico, este último difícil de realizar en los estadios terminales de los pacientes con necesidad de cuidados paliativos, por lo que los laxantes, como los formadores del bolo alimenticio como la metilcelulosa, activadores del peristaltismo intestinal, como el sen o el psico sulfato sódico, lubricantes y suavizantes como el aceites minerales, y osmóticos como la lactulosa, lactilol, sales de magnesio, entre otros, es así que son de uso casi al 100% en todos los casos; por lo cual se debe incluir en el cuidado del paciente, la suficiente ingesta de líquidos, con alimentación con alta fuente de fibra. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- Diarrea

En la guía se enuncia que este síntoma es menos frecuente que el estreñimiento, sin embargo, en cuadros como el sida se presenta hasta en el 90% de los casos; es así que la etiología de este síntoma es basada en las causas frecuentes, entre las que tenemos a:

- ❖ El uso de laxantes
- ❖ Medicamentos como antibióticos, AINE, y antiácidos
- ❖ Quimioterapia
- ❖ Radioterapia
- ❖ Síndrome de mala absorción, como secuelas de cirugía digestiva, cáncer de páncreas
- ❖ Tumores digestivos y carcinoides
- ❖ Gastroenteritis y otras infecciones

- ❖ Obstrucción intestinal
- ❖ Impactación fecal

Para el tratamiento de este síntoma, lo primordial es la atención de la etiología de base causante de la diarrea, como las quimioterapia, radioterapia, utilización de medicación, entre otros, con esto, el tratamiento inicial del cuadro es el cambio una dieta apropiada, con la cantidad adecuada de líquidos, con la finalidad de disminuir los riesgos de deshidratación; también se utilizan opioides en los pacientes con cuidados paliativos para el tratamiento de la diarrea, se lo utiliza como analgésico por el dolor generado. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- Obstrucción intestinal

Es sintomático los pacientes con problemas oncológicos, por la presencia de tumores digestivos o ginecológicos, embargo existen otras causas como los postquirúrgicos, impactación fecal por estreñimiento, y en algunos casos por problemas farmacológicos. El tratamiento para pacientes con cuidados paliativos tiene diferentes aristas, como el control de las náuseas, vómitos y dolor; controlar el reflujo para evitar la aspiración nasotraqueal, con la utilización de medicamentos antieméticos, utilización de analgésicos y antsecretorios; otros tratamientos son las cirugías para la realización de una colostomía, realización de endoscopia de liberación de obstrucción mediante la colocación de prótesis expandibles. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

Para obstrucción intestinal la mayoría de veces se opta por la resolución quirúrgica, sin embargo, se requiere una valoración integral de los beneficios esperados por la realización del mismo, sumando al pronóstico vital del paciente y las posibles complicaciones de la cirugía propiamente. (Ministerio de Salud Pública, 2014a) Y en los pacientes que no se les puede realizar cirugías, ni tratamientos con

expansores metálicos, se recomienda la utilización de analgésicos, uso de antiinflamatorios y cambios en la dieta para mejora la evacuación normal.

- Ascitis

Otro de los síntomas comunes en los pacientes con cuadros oncológicos, presentes en los tumores de pulmón, ginecológicos, páncreas o colon, y un porcentaje bajo en los casos de neoplasias; para estos síntomas, la guía expresa una serie de medidas para disminuir la presencia de este síntoma como son:

Paracentesis: que consiste en el drenaje de líquido de la cavidad abdominal de hasta 5 litros para liberación del espacio y mejoría instantánea del síntoma. (Plancarte et al., 2004)

Diuréticos: debido a la presencia de líquido en la cavidad, se utilizan esto para eliminar o disminuir la cantidad de líquido presente en el organismo, entre los más utilizados tenemos a la furosemida y la espironolactona o una combinación de ambas. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

Derivaciones peritoneo venosas: permite la continua re-infusión de ascitis desde la cavidad peritoneal, mediante una válvula unidireccional, hacia el torrente venoso. (RUIZ, 2004)

- Hipo

Este síntoma es un reflejo de la contracción involuntaria, espasmódica del diafragma, cierre de la glotis y con un sonido particular, también por la estimulación de los nervios frénico y del vago o por el sistema nervioso central (Rey & Cajoto, 2007), también puede ser originado como efecto secundario de algunos medicamentos como los corticoides, opioides, benzodiazepinas; o como consecuencia de algunas enfermedades pulmonares como la neumonía o infecciones en la pleura.

En los cuadros agudos de gran efecto o crónicos de hipo, la guía de cuidados paliativos (Ministerio de Salud Pública, 2014a) recomienda la utilización de los siguientes medicamentos:

- ❖ Clorpromazina: 25 – 50 mg /6 – 8 horas
- ❖ Metoclopramida: 10 mg/ 6-8 horas
- ❖ Gabapentina: 300 – 600mg /8h
- ❖ Nifedipina: 10- 20mg /8h
- ❖ Haloperidol: 3mg por la noche
- ❖ Omeprazol: 20mg/ día

2.2.8.2.5 Cuidados de la piel

En los pacientes con requerimientos de cuidados paliativos, uno de los aspectos más relevantes son los cuidados de la piel que estos deben recibir, ya que, por diversas razones, este órgano es uno de los más afectados; es así que, por los problemas nutricionales, cuadros de deshidratación provocados por la no ingesta adecuada o líquidos, o diarreas, inmovilidad por estar en la etapa final de vida, entre otros. (Ministerio de Salud Pública, 2014a) Lo principal que se debe valorar es la presencia de úlceras por presión, ya sea por la imagen del paciente o por evitar complicaciones y disminuir la necesidad de intervenciones curativas en estos.

Esta guía indica la importancia en la valoración de estas úlceras por presión, la cual radica principalmente en revisión integral de la piel, y sus efectos en la misma y otros órganos adyacentes; en los pacientes que se encuentran con enfermedades terminales, con requerimientos de cuidados paliativos y en la etapa final de la vida, se debe brindar tratamientos profiláctico con la finalidad de disminuir o retrasar la aparición de las mismas, realizando acciones como la realización de cambios posturales, utilización de colchones especiales anti escaras, hidratación cutánea con

cremas cutáneas con zinc, además de evitar en lo más posible el roce de la piel entre sí, además de uso depósitos especiales para cada herida.

- Prurito

Este es un síntoma frecuente en pacientes de cuidados paliativos, que, según lo encontrado en la guía, el promedio de presencia de este síntoma es del 55% del total de las enfermedades. El prurito es la sensación desagradable que genera o provoca rascado cutáneo, de diferentes orígenes como los cutáneo, neurológico, nervioso y psicogénico. Debido a esto es importante conocer la etiología de este síntoma, ya que con ello se puede realizar el tratamiento adecuado, es así que la causa más frecuente del prurito, es la piel seca, porque resulta importante mantener una buena hidratación. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

El tratamiento del prurito requiere, la identificación de la causa del prurito, es decir la valoración de los síntomas o causas subyacentes como los fármacos; sin embargo, las medidas generales que se demuestran en la guía es la hidratación cutánea, baños de agua tibia, evitar comidas picantes, alcohol evitar el calor y la humedad.

2.2.8.2.6 Síntomas urinarios

- Tenesmo vesical

Este síntoma cuya principal característica, es el dolor en el hipogastrio, relacionado con los problemas como la disuria, polaquiuria, nocturia, retención o inconveniencia urinaria, cuyas causas principales son:

Infección del tracto urinario: Bacteriana, fúngica, uretritis, herpes genital, vaginitis y por cuerpos extraños como el catéter uretral y calculo vesical. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

Anatómica: como la presencia de masa pélvica, obstrucción uretral, cistocele; también por inestabilidad vesical como el espasmo vesical idiopático, espasmo vesical secundario, por contracciones en el catéter, presencia de coágulos o tumores.

Neoplásica: como los tumores de vejiga, y uretrales; también por reacciones inflamatorias como el espasmo idiopático, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia y amiloide.

El principal tratamiento del tenesmo vesical se basa en recomendaciones generales para controlar o regular la micción, evitar sustancias como la cafeína y alcohol. Sin embargo, existen tratamientos farmacológicos sintomáticos como la utilización de antidepresivos tricíclicos, AINES y corticoides, anestésicos locales con o sin opioides vías intravesicales y anticolinérgicos. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

2.2.8.2.7 Atención en urgencias

En los pacientes con cuidados paliativos es normal la valoración de este tipo de complicaciones y manifestaciones sintomáticas, como las urgencias médicas; debido a la importancia de este se debe evaluar el estado general, actual y pronóstico del paciente, para recomendar un manejo adecuado e integral, para poder analizar los problemas como la hipercalcemia, compresión medular, crisis convulsivas y hemorragia.

- Hipercalcemia

Este problema, por lo general ocurre en los pacientes con alguna patología oncológica, en un porcentaje que va desde el 10 al 20% encontrando que la mayor prevalencia de este tipo de problemas se da en los casos de cáncer de mama, pulmón, próstata y mieloma múltiple, su causa se da por mecanismos como la metástasis osteolíticas, hipercalcemia tumoral, producción tumoral de calcitriol.

Esta valoración de hipercalcemia, manifiesta una serie de síntomas y signos específicos como lo indica la guía de cuidado paliativo. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

General: como la deshidratación, polidipsia, prurito.

Gastrointestinales: como la anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, estreñimiento, íleo paralítico.

Neurológico: como fatiga, letargo, confusión, miopática, convulsiones, psicosis.

Cardiológico: como la bradicardia, arritmias auriculares, arritmias ventriculares, aumento de intervalo PR, disminución de intervalo QT, onda T ancha.

Para todas estas manifestaciones clínicas, en la guía se encuentra que el principal tratamiento consiste en la rehidratación, y administración inmediata de hipocalcemiantes, se debe retirar o disminuir la administración de fármacos que producen hipercalcemia como los diuréticos, vitaminas y litio, y la medición de niveles séricos de calcio. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

Hidratación en hipercalcemia, depende de la situación clínica del paciente, ya que puede realizarse por vía oral y cuando no es posible de esta forma, por vía intravenosa, no obstante, esta no permite regularizar los niveles de calcio solo ayuda a mantener los electrolitos estables en el torrente sanguíneo.

Bisfosfonatos hipercalcemia, es el tratamiento farmacológico más utilizado en este tipo de problemas, que buscan la normo calcemia, pero el tiempo de efecto es de 2 a 6 días posterior al consumo de este medicamento.

Corticoides en hipercalcemia, solo con la presencia de tumores hematológicos, o en casos de hipervitaminosis D, para lo cual se recomienda la prednisolona y prednisona. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- Compresión medular

Este problema en particular se da en los pacientes con enfermedades terminales relacionados al cáncer con metástasis ósea, cuya característica es la compresión medular que se da en las vértebras del tórax en un 7%, lumbosacra en el 20% y cervical el 10%; este problema, aunque no es común en los pacientes con cuidados paliativos, cuando se detecta el pronóstico de vida es limitado, de alrededor de seis meses (Ministerio de Salud Pública, 2014a), por lo cual se lo considera una urgencia médica, diagnosticadas durante la valoración médica por dolor en la espalda y debilidad en las extremidades inferiores, problemas de control de esfínteres, cuyo principal tratamiento es el alivio sintomático del dolor.

Se puede ayudar en el tratamiento del dolor, la utilización de dexametasona, acompañados a los tratamientos de radioterapia utilizados habitualmente para los problemas de ca de este tipo; existen tratamientos quirúrgicos, pero el porcentaje de tiempo de sobrevida aumenta de 57% a 84% durante un tiempo, pero aumenta la necesidad del uso de corticoides y opioides, sin embargo, para este tratamiento los pacientes deben ser seleccionados de manera. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- Crisis convulsivas

Este problema presente en los pacientes con enfermedades terminales con necesidad de cuidados paliativos, se caracteriza por movimientos musculares involuntarios generalizados; es así que encontramos los estatus epilépticos a las crisis con duración de más de 30 minutos o dos o más crisis sin la recuperación de la conciencia. Estas crisis no son infrecuentes en los cuidados paliativos, y se puede visualizar este problema en cuadros no oncológicos como las infecciones, sida, problemas cerebrovasculares, para neoplásicos, trastornos metabólicos o efectos tóxicos de los fármacos.

El diagnóstico de una convulsión es imperativo para la aplicación de tratamiento, debido a la presencia de contracciones musculares involuntarias por el consumo de opioides, haloperidol u otros medicamentos; para ello el tratamiento de las crisis convulsiva en los pacientes paliativos es igual que otro paciente con un problema de este tipo, siempre controlando el tiempo para considerar una atención urgente, por ello se analiza las convulsiones con los medicamentos usados en urgencias, es así que las convulsiones de tiempo corto se utiliza medicación como la diazepam vía intravenosa o recta, la muscular no se recomienda por la irregularidad de la absorción; también se utilizan la midazolam por vía subcutánea por la rápida absorción. No se recomienda el uso de más de un medicamento en los casos de convulsiones de pacientes con ca cerebrales por los efectos secundarios como la astenia, somnolencia y alteraciones cognitivas. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

- Hemorragia

Esta urgencia se presenta en los cuadros de cáncer avanzados en el 6 al 10%, las cuales se manifiestan por la presencia de hematemesis, melena, hemoptisis, hematuria, epistaxis, sangrado vaginal o ulcera cutánea (Ministerio de Salud Pública, 2014a), para ello se debe identificar en los pacientes con estas necesidades de atenciones paliativas los riesgos hemorrágicos, como la trombocitopenia, carcinoma de cabeza y cuello, carcinoma de pulmón, leucemia, mielodisplasia, hepatopatía grave, síndrome mielo nefrítico, cáncer de pulmón, de recto, de hígado, tumores metastásicos, pacientes con uso de anticoagulantes, trasplante de medula ósea, radioterapia, entre otros.

El tratamiento de la hemorragia en estos casos debe ser individualizado, es así que se analiza la reversión y control del causal del sangrado, para ello se pueden encontrar medidas generales para ello como la identificación de los pacientes con

este riesgo, comunicación de pacientes y cuidadores ante estos casos, y medidas de soporte ante la ocurrencia del sangrado; y las específicas como, las locales, compresión con vendas, tapones nasales o vaginales y uso de vasoconstrictores; las especiales como, la radioterapia, cirugía de ligadura de vasos sanguíneos, endoscopia y radiología; y sistemas como, la administración de vitamina K, agentes antifibrinolíticos, y transfusión de plaquetas y hemoderivados.

2.2.8.2.8 Apoyo psicosocial y espiritual

- Apoyo psicosocial

En los pacientes con enfermedades que requieren cuidados paliativos, uno de los aspectos primordiales y dejado de lado es el abordaje psicológico y la preparación para la muerte, es que así que los enfermos de este tipo, se encuentran al filo de la cornisa de sufrir algún trastorno psiquiátricos, causados por la ansiedad, depresión, usos de medicamentos o sustancias cuyos efectos secundarios son los detonantes de estos cuadros; la evaluación psicosocial debe estar ligada a la identificación de los riesgos psicológicos presente, sufrimiento y afrontamiento de los problemas, estrés, problemas económicos y el acompañamiento familiar. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

Para tratar estos problemas en este tipo de pacientes, se debe realizar un aborda interventor psicosocial, individualizada a cada paciente, analizando las características de la enfermedad y el pronóstico de vida de la misma; buscando con ello la disminución de los cuadros depresivos y ansiedad con el apoyo y cambio de estado de ánimo, mediante acciones de comunicación hospitalario y comunitario, para ello es importante la intervención del profesional de psicología, quien precisara las

acciones a realizar durante las intervenciones, como soporte emocional, técnicas de liberación emocional y liberación de estrés, entre otros.

- Apoyo espiritual

Este aspecto, está asociado al apoyo psicosocial, ya que la espiritualidad es un aspecto importante en la atención de los pacientes en la etapa final de la vida; para ello se debe conocer que la espiritualidad es el aspecto en el que el ser humano se considera uno solo con un ente superior supremo que controla los aspectos de la vida; cuya importancia radica en la apreciación del ser humano hacia lo divino, para ello la valoración de este aspecto se basa en la utilización de interrogantes sobre las necesidades espirituales, personales o comunitarias, ya sean estas por la realización de rituales específicos y otras acciones.

Para ello el profesional de psicología o médico de atención debe valora los siguientes aspectos de escucha durante las entrevistas:

- ❖ Necesidades fisiológicas, son las comunes en la enfermedad en la que se atiende el dolor presente en la enfermedad.
- ❖ Necesidades de seguridad, tratar de visualizar el estado de angustia de los pacientes.
- ❖ Necesidades de pertenencia, la necesidad de afecto del paciente, de sentirse parte de la familia, sociedad.
- ❖ Necesidad de estima, este enfermo es sensible a los dramas y preguntas sobre su muerte, por lo cual este desea el acompañamiento y amor en su último tiempo de vida.
- ❖ Necesidades de contacto corporal, debido a la vergüenza el paciente desea ser tocado con amor y delicadeza, y no con asco o desprecio.

- ❖ Necesidades de silencio y soledad, esto pacientes necesitan en algunos momentos sentarse solos para pensar sobre los aspectos de su propia vida.

Todas estas necesidades son parte del apoyo espiritual que necesitan y requieren este tipo de paciente, sin importan su religión o inclusive el ateísmo, muchas veces encontrando que al brindar este apoyo esta mejora el estado del paciente en ciertos puntos, mejorando la calidad de vida en su etapa final. (Ministerio de Salud Pública, 2014a)

3. CAPÍTULO III: Diseño metodológico

3.1 Tipo y diseño de investigación

Se realizó un estudio cuantitativo enumerando numéricamente los datos recolectados; descriptivo porque se describe la relación de la calidad de atención y aplicación de la guía práctica clínica; transversal no experimental, mediante la valoración de las variables de estudio, basados en la relación de la calidad de atención en los pacientes con enfermedades terminales y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos del Ministerio de Salud Pública.

Para el análisis cuantitativo (Hernández Sampieri, 2014), se utilizó datos recolectados mediante la verificación de la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos mediante un análisis numérico basados correlación de las variables planteadas.

3.2 La población y la muestra

3.2.1 Características de la población

El Primer nivel de atención del MSP presente en la ciudad de Milagro está conformado por 9 Unidades Operativas de tipo A y B, la cuales cinco se encuentran ubicadas en el Sector Urbano, como lo son Centro de Salud Tipo A Las Piñas, Centro de Salud tipo A Los Pinos, Centro de Salud CAI 3, Centro de Salud 22 de Noviembre y Centro de Salud Los Vergeles (Ministerio de Salud Pública, 2020).

En los centros de salud del cantón Milagro, dentro de las atenciones realizadas, tenemos a los pacientes con necesidad de cuidados paliativos, entre los que se encuentran y se tomarán en cuenta personas con enfermedades terminales, enfermedades crónicas, de larga atención, con pronóstico de vida limitado; los cuales reciben atención dependiendo su ubicación geográfica.

3.2.2 Delimitación de la población

En la ciudad de Milagro se encuentran 9 unidades operativas de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, las cuales atienden pacientes con diferentes patologías, y para la realización del estudio, se tomó en consideración la cantidad total de paciente atendidos en los centros de salud del primer nivel de atención con necesidades de cuidados paliativos entregadas por la coordinación zonal 5 salud, la cual mediante una matriz anonimizada indica que son 33 pacientes con patologías englobadas a este tipo de atención; para ello se revisara la totalidad de historias clínicas de atenciones médicas.

3.3 Los métodos y las técnicas

Los métodos a seleccionar para el cumplimiento de las tareas de investigación son los métodos:

- Analítico-sintético: mediante la comprensión de los elementos relacionados a la problemática planteada en el objeto de estudio identificando la relación entre las variables planteadas.
- Inductivo-deductivo: mediante el análisis de los datos de la relación entre la calidad de atención y la aplicación de la guía práctica de cuidados paliativos permitió obtener una conclusión general que demostrara los y generara una verificación de lo planteado.
- Hipotético- deductivo: Se planteo una hipótesis en la que se logró visualizar la problemática de estudio, y se verifico mediante en análisis de los datos encontrados.

El estudio cuantitativo realizado se basa en la recolección de los datos encontrados en las historias clínicas y la aplicación de lo que se encuentra en la guía práctica clínica de cuidados paliativos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, mediante la observación y comparación de lo realizado por los profesionales de la salud en la atención de los pacientes con este problema, cuyo método es empírico, ya que se basa en la verificación de la hipótesis planteada mediante el análisis sistemático de los datos encontrados.

3.3.1 Técnicas e instrumento

- Check list de verificación de aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los pacientes con enfermedades terminales.

La funcionabilidad del instrumento usado, se basa en la identificación de las acciones realizadas por los profesionales del primer nivel de atención en los centros de salud de Milagro; en la que se verifican las valoraciones médicas, y la aplicación de los tratamientos y plasmados en la guía práctica clínica de cuidados paliativos.

El instrumento utilizado para la verificación de la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en el primer nivel de atención de Milagro, previo a la aplicación, fue valorado por un grupo de expertos, profesionales del primer nivel de atención en salud, especialistas en atención primaria en salud y salud pública, quienes validaron el instrumento de verificación obteniendo un resultado de confiabilidad cuyo promedio entre la validez, pertinencia y coherencia arrojó un resultado de 87%, el cual tiene las siguientes características:

Cuyos objetivos están relacionados directamente al objeto general del estudio; siendo el primer objetivo es la identificación de la población de estudio de manera demográfica y por grado de enfermedad, con los que se identificó la población a estudio que se atienden en los diferentes establecimiento de salud del primer nivel de atención de la ciudad de Milagro, los datos demográficos como edad, sexo, etnia, sirvió para identificar cual es la prevalencia de enfermedad por cada uno de los grupos mencionados, el grado de enfermedad y clasificación por patología, permitió saber con los tipos de pacientes atendidos por los profesionales de esta unidades operativas, y conocer así las características principales del universo de estudio.

La segunda parte del instrumento, servirá para la medición de la calidad basado en cantidad de atenciones recibidas durante el año 2022, y la valoración durante esta atención de cada uno de grupos de síntomas que se presentan en los pacientes con enfermedades terminales, desde la valoración física, psicológica, fisiopatológica por cada grupo de enfermedades, e incluso la realización de exámenes de laboratorios contemplados en la guía de cuidados paliativos.

La tercera parte del instrumento corresponde en la verificación de la aplicación de los tratamientos emitidos a los pacientes atendidos por cada uno de los profesionales de salud del primer nivel de atención de Milagro, relacionados a cada uno de los síntomas encontrados durante la valoración médica de los pacientes con enfermedades terminales atendidos durante el 2022, descritos en la guía de cuidados paliativos.

3.4 Procesamiento estadístico de la información

Para la tabulación de la información se elaboró una base de datos mediante el programa IBM SPSS statistics editor de datos versión 25.0 para windows para el procesamiento de los datos, para la obtención de recuento y porcentajes, mismo programa que arrojo tablas y gráficos según las variables estudiadas que permitan responder la relación entre la calidad de atención medica en paciente con enfermedades terminales y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos.

Además, el programa permitió el cruce de información de los objetivos específicos 2 y 3, permitiendo realizar un análisis de correlación que derivó resultados sobre la relación entre la calidad de atención médica en pacientes terminales y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos, el límite de relación entre variables se con límite estadístico chi cuadrado de pearson $p < 0.05$; cuyos resultados permitieron definir la comprobación de la hipótesis planteada.

4. CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados

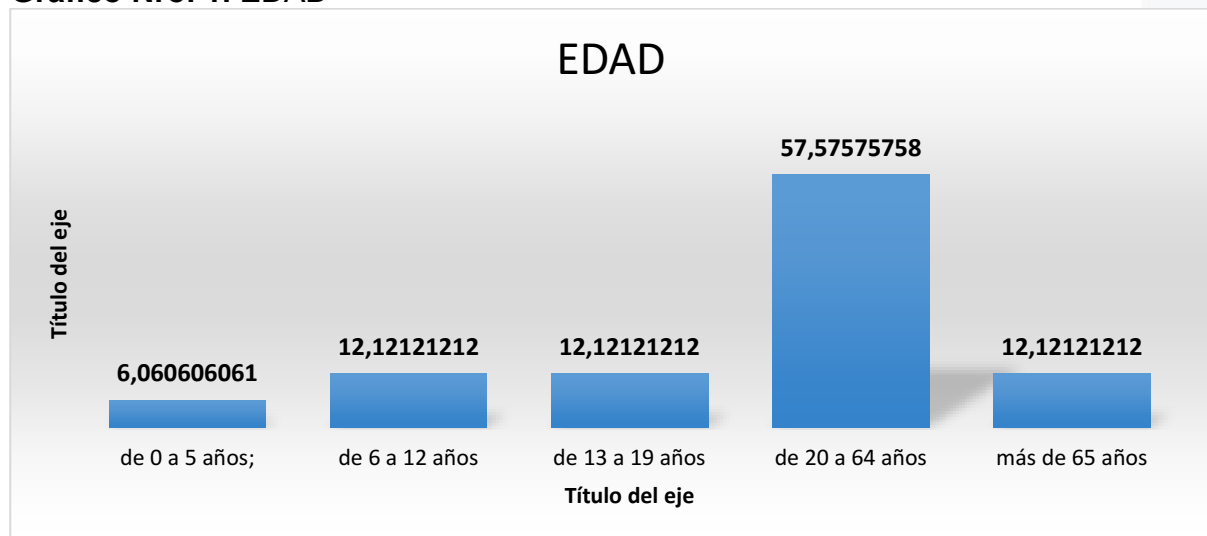
4.1 Análisis de la situación actual

4.1.1 Identificación demográfica y grado de enfermedad de la población de estudio;

Tabla Nro. 1. EDAD

Tabla Nro. 1. EDAD	Frecuencia	Porcentaje
de 0 a 5 años;	2	6,1
de 6 a 12 años	4	12,1
de 13 a 19 años	4	12,1
de 20 a 64 años	19	57,6
más de 65 años	4	12,1
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 1. EDAD



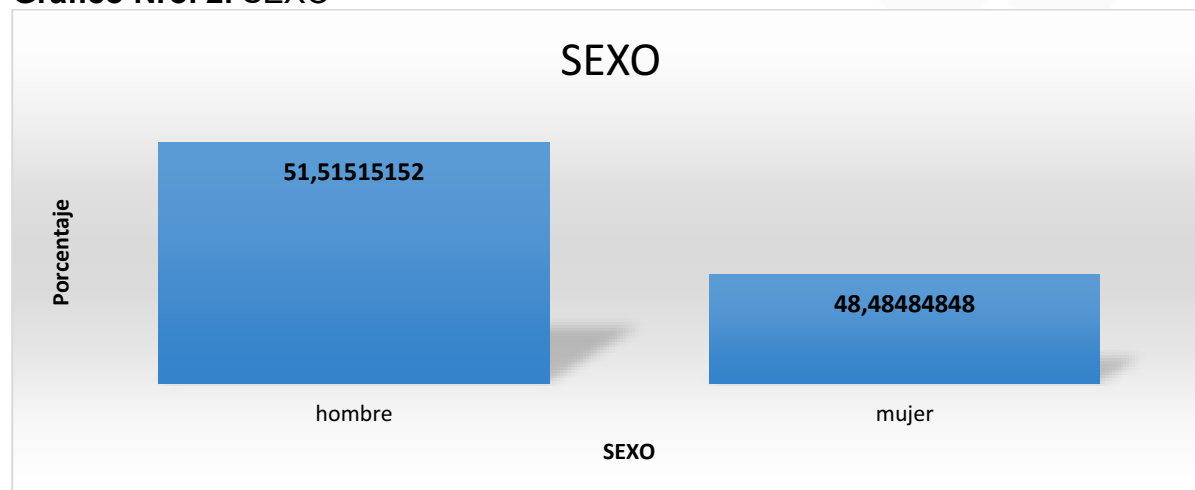
*Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez*

El rango de edad prevalente de pacientes atendidos es de 20 a 64 años de edad con un 57,6% de pacientes, además se encuentran 2 pacientes con enfermedades terminales en menores de 5 años, lo que equivale al 6,1%, demostrando que estos tipos de enfermedades no es exclusivo de los adultos.

Tabla Nro. 2. SEXO

Tabla Nro. 2. SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	17	51,5
Mujer	16	48,5
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 2. SEXO



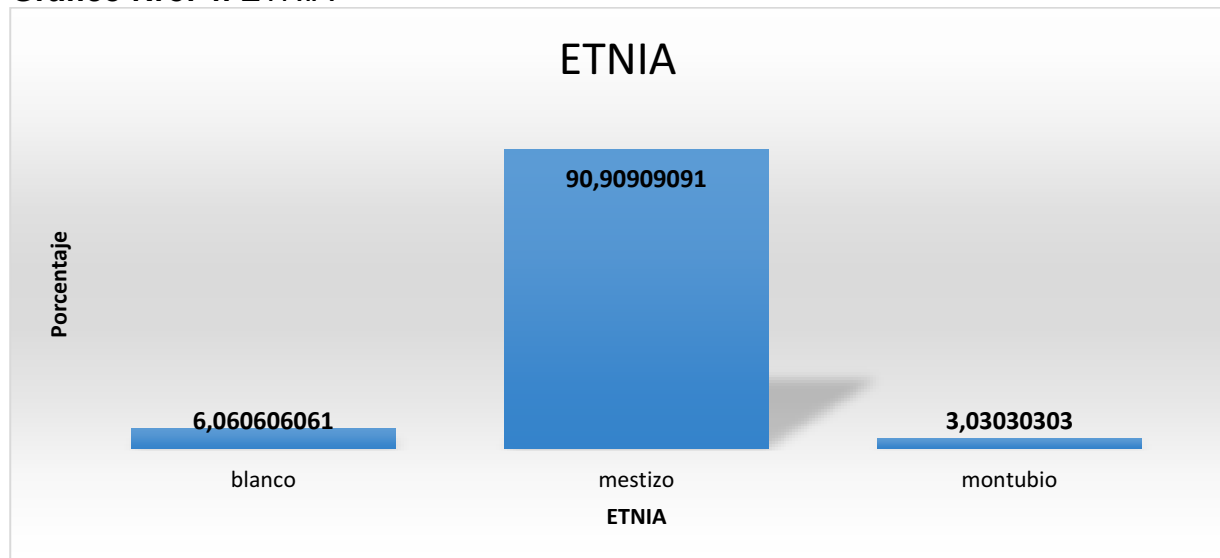
*Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez*

Durante la realización de la revisión de los datos de los pacientes con enfermedades terminales, encontramos una paridad en la cantidad el sexo encontrado, sin embargo, por un paciente de diferencia encontrando los requerimientos de cuidados paliativos son los hombres.

Tabla Nro. 3. ETNIA

Tabla Nro. 3. ETNIA	Frecuencia	Porcentaje
Blanco	2	6,1
Mestizo	30	90,9
montubio	1	3,0
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 4. ETNIA



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

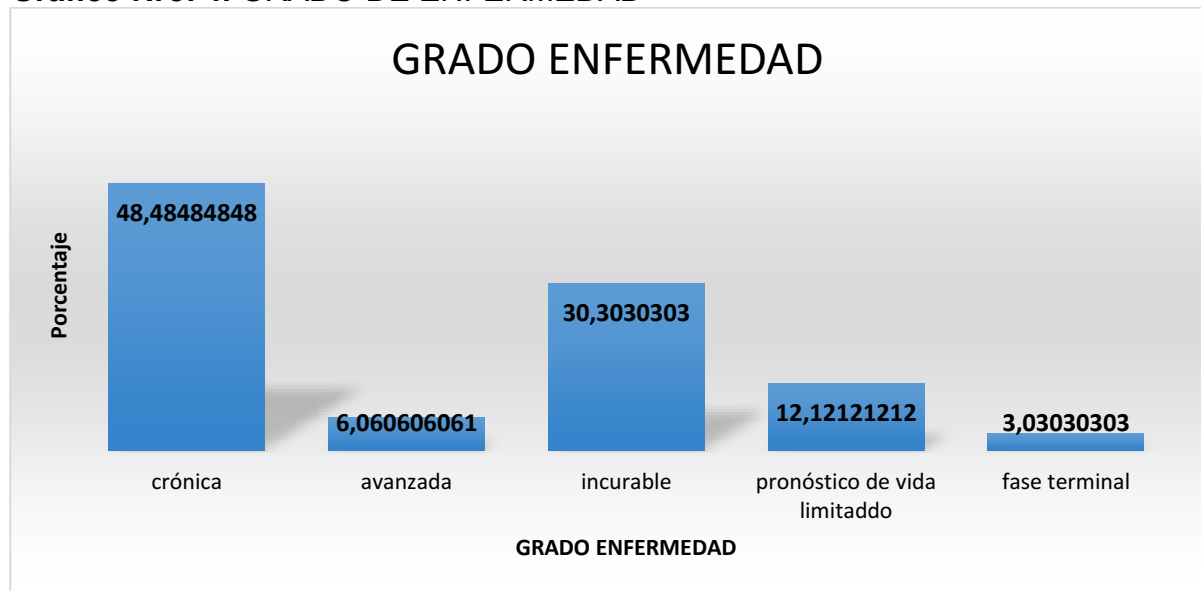
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

Analizando la etnia de los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, encontramos que el mayor porcentaje de los mismos, son pacientes de etnia mestiza, con el 90% de los pacientes, mientras que emparejados con el 5% se encuentran los pacientes de etnia blanca y montubia.

Tabla Nro. 4. GRADO DE ENFERMEDAD

Tabla Nro. 4. GRADO DE ENFERMEDAD	Frecuencia	Porcentaje
Crónica	16	48,5
avanzada	2	6,1
incurable	10	30,3
pronóstico de vida limitado	4	12,1
fase terminal	1	3,0
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 4. GRADO DE ENFERMEDAD



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

El grado de enfermedad encontrado en las historias clínicas revisadas para el estudio, arroja un alto porcentaje de enfermedades crónicas, con casi la mitad de los pacientes atendidos, seguido por los pacientes con enfermedades incurables con el 30,3% de los pacientes atendidos, se encontró solo 1 pacientes estaba en estado terminal.

Tabla Nro. 5. TIPO DE ENFERMEDAD

Tabla Nro. 5. TIPO DE ENFERMEDAD	Frecuencia	Porcentaje
Oncológicas	5	15,2
Respiratoria	1	3,0
Cardiovascular	2	6,1
Neurológica	23	69,7
Otra	2	6,1
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 5. TIPO DE ENFERMEDAD



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

Analizando la clasificación de los pacientes por sus enfermedades, tenemos que el mayor porcentaje de personas con necesidades de atención de cuidados paliativos, son los neurológicos, llegando al 69,7% de total, seguida de los pacientes oncológicos con el 15,15% de los casos encontrados, y la presencia de otras enfermedades como la osteogénesis imperfecta y síndrome de Bart, igualan la cantidad de pacientes con requerimientos de atención de este tipo con los pacientes con patologías cardiovasculares.

4.1.2 Calidad de atención médica brindada en los pacientes con enfermedades terminales

Tabla Nro. 6. TOTAL, DE ATENCIONES

Tabla Nro. 6. TOTAL, DE ATENCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	5	15,2
de 1 a 2 atenciones	12	36,4
de 3 a 4 atenciones	4	12,1
más de 6 atenciones	12	36,4
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 6. TOTAL, DE ATENCIONES



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

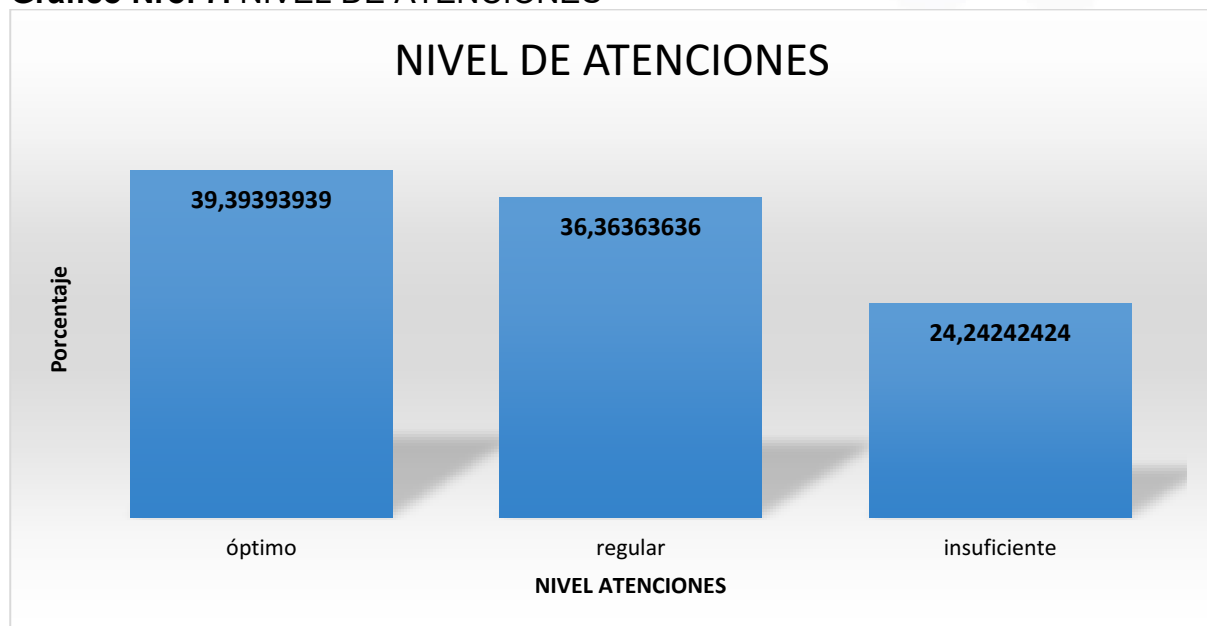
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

De lo encontrado en la tabla nro. 6, tenemos que de la totalidad de atenciones a los pacientes con enfermedades terminales con requerimiento de cuidados paliativos, que se realizaron intra y extra mural por los centros de salud del primer nivel de atención de la ciudad de Milagro durante el año 2022, existe una paridad entre los que recibieron más de 6 atenciones y los que solo 1 o 2 atenciones, teniendo un 36% de casos cada una; se evidencia existieron pacientes no fue atendido durante el 2022, esto basado en la base de datos de los pacientes con enfermedades terminales de la ciudad de Milagro y en último lugar encontramos a los pacientes con 3 a 4 atenciones en un año.

Tabla Nro. 7. NIVEL DE ATENCIONES

Tabla Nro. 7. NIVEL DE ATENCIONES	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo	13	39,4
Regular	12	36,4
Insuficiente	8	24,2
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 7. NIVEL DE ATENCIONES



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

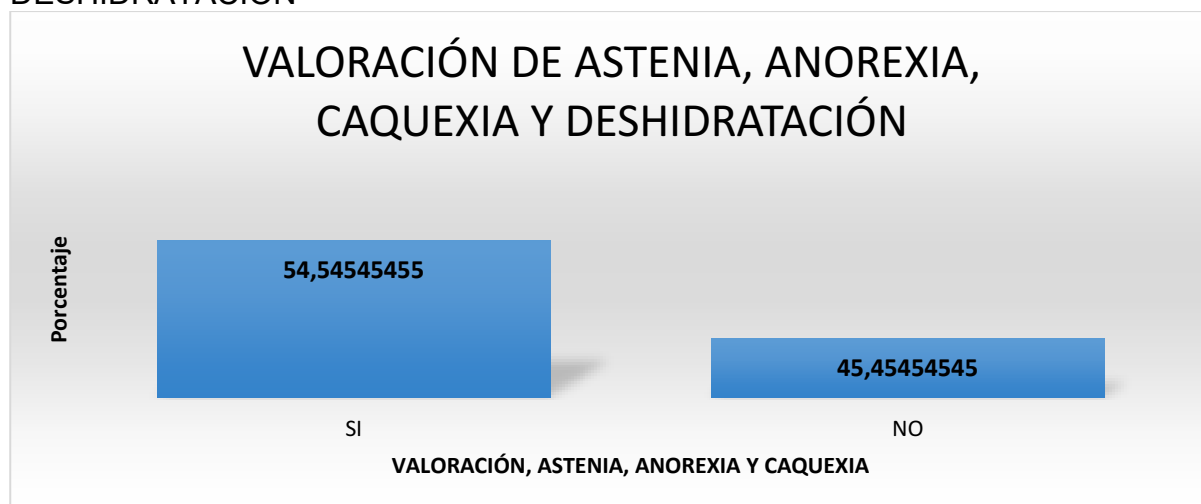
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

De lo encontrado en la tabla nro. 7, en relación al nivel de atención realizada por cada centro de salud, relacionadas con el número de atenciones tenemos que no existe una gran diferencia entre las atenciones óptimas y regulares, las cuales van de 39 y 36% respectivamente, sin embargo, el 24% de pacientes, las atenciones son insuficiente en relación a la cantidad de veces visitas en el año; lo cual se evidencia por la cantidad de visitas realizadas, que en algunos casos fue de 0.

Tabla Nro. 8. VALORACIÓN DE ASTENIA, ANOREXIA, CAQUEXIA Y DESHIDRATACIÓN

VALORACIÓN DE ASTENIA, ANOREXIA, CAQUEXIA Y DESHIDRATACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
SI	18	54,5
NO	15	45,5
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 8. VALORACIÓN DE ASTENIA, ANOREXIA, CAQUEXIA Y DESHIDRATACIÓN



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En la tabla nro. 8, encontramos que de los 33 pacientes con enfermedades terminales atendidos en el primer nivel de atención el 54% de ellos tuvieron valoración de estos síntomas durante las intervenciones médicas, mientras en un 45% de los casos no se encontró registro de valoraciones de estos síntomas en los pacientes terminales.

Tabla Nro. 9. VALORACIÓN DE SINTOMAS RESPIRATORIOS

Tabla Nro. 9. VALORACIÓN DE SINTOMAS RESPIRATORIOS	Frecuencia	Porcentaje
SI	18	54,5
NO	15	45,5
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 9 VALORACIÓN DE SINTOMAS RESPIRATORIOS



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

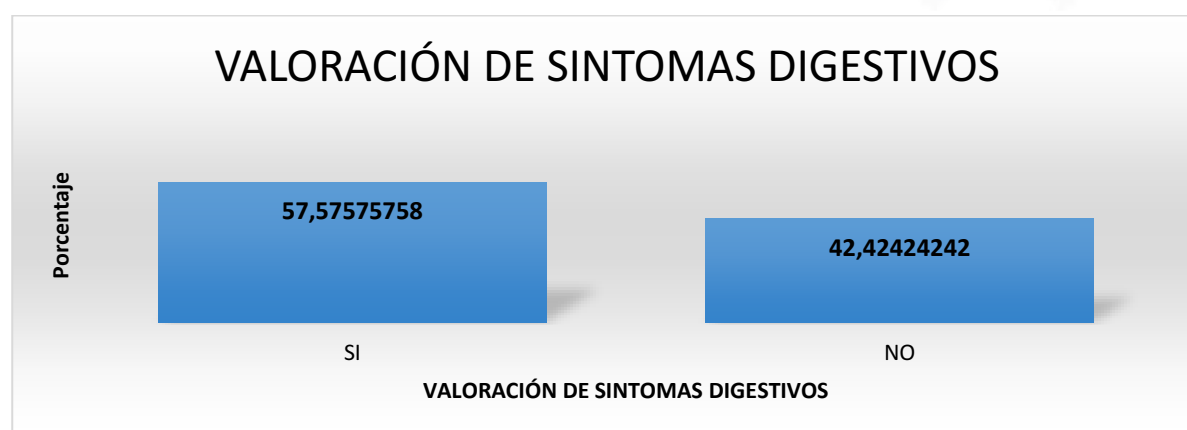
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En La tabla nro. 9, sobre la valoración de los síntomas respiratorios de los pacientes con enfermedades terminales atendidos en el primer nivel de atención tenemos que el 54,5% de estos tuvieron valoración de los síntomas respiratorios, mientras que el 45,5% de estos pacientes no tuvieron una valoración integral de estos síntomas.

Tabla Nro. 10. VALORACIÓN DE SINTOMAS DIGESTIVOS

Tabla Nro. 10. VALORACIÓN DE SINTOMAS DIGESTIVOS	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	57,6
NO	14	42,4
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 10. VALORACIÓN DE SINTOMAS DIGESTIVOS



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

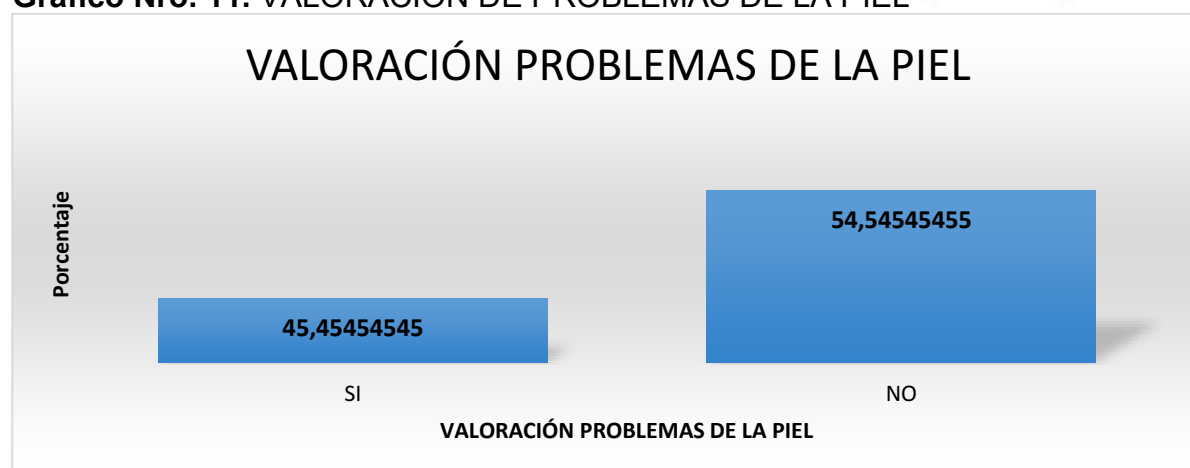
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En la tabla nro. 10, sobre la valoración de los síntomas digestivos encontramos que, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la valoración de los síntomas digestivos el 57,6% de ellos tuvieron una valoración de los síntomas digestivos, mientras que el 42,4% de ellos no tuvieron valoración durante las atenciones del año 2022.

Tabla Nro. 11. VALORACIÓN DE PROBLEMAS DE LA PIEL

	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	45,5
NO	18	54,5
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 11. VALORACIÓN DE PROBLEMAS DE LA PIEL



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

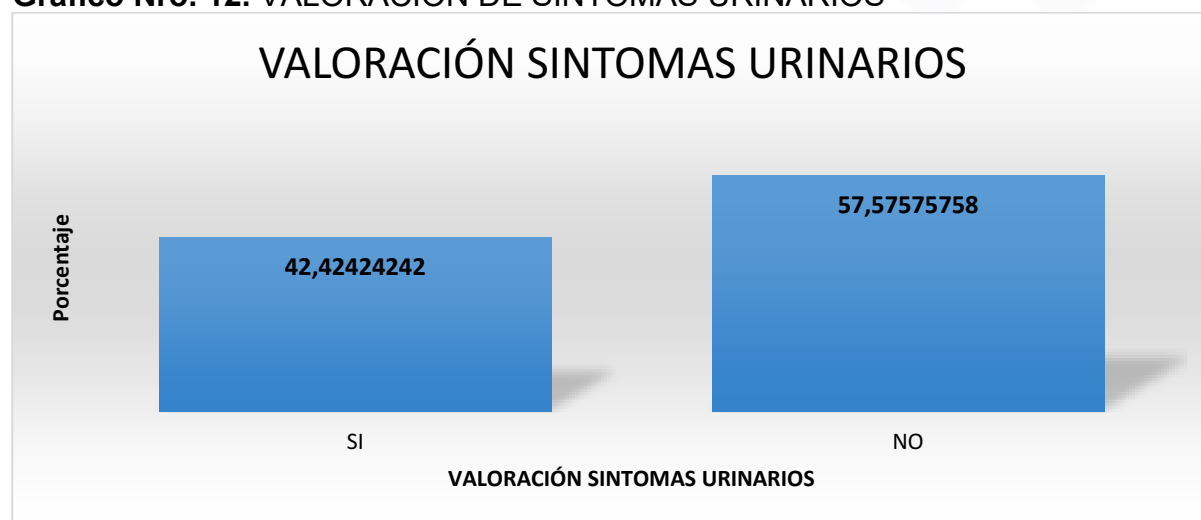
En la tabla nro. 11, sobre la valoración de los problemas de la piel encontramos que, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la valoración de los problemas de la piel, existe una desviación negativa a la valoración de los síntomas con un 54,5%, mientras que el 45,5% de ellos no tuvieron valoración durante las atenciones del año 2022.

Tabla Nro. 12. VALORACIÓN DE SINTOMAS URINARIOS

Tabla Nro. 12. VALORACIÓN DE SINTOMAS URINARIOS

	Frecuencia	Porcentaje
SI	14	42,4
NO	19	57,6
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 12. VALORACIÓN DE SINTOMAS URINARIOS



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

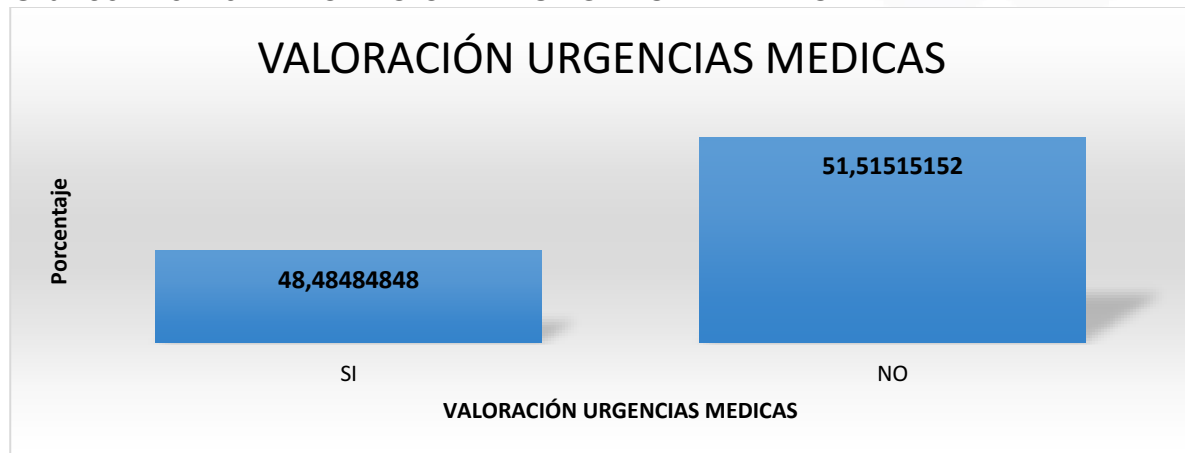
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En la tabla nro. 12, sobre la valoración de los síntomas urinarios encontramos que, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la valoración de los síntomas urinarios, existe una desviación negativa a la valoración de los síntomas con un 57,6%, mientras que el 42,4% de ellos no tuvieron valoración durante las atenciones del año 2022.

Tabla Nro. 13. VALORACIÓN DE URGENCIAS MEDICAS

VALORACIÓN DE URGENCIAS	Frecuencia	Porcentaje
SI	16	48,5
NO	17	51,5
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 13. VALORACIÓN DE URGENCIAS MEDICAS



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En la tabla nro. 13, sobre la valoración de los problemas de la piel encontramos que, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la valoración de las urgencias médicas, existe una desviación negativa a la valoración de los síntomas con un 51,5%, mientras que el 48,5% de ellos no tuvieron valoración durante las atenciones del año 2022.

Tabla Nro. 14. VALORACIÓN DE NECESIDADES PSICOSOCIALES

Tabla Nro. 14. VALORACIÓN DE NECESIDADES PSICOSOCIALES		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SI	6	18,2
	NO	27	81,8
	Total	33	100,0

Gráfico Nro. 14. VALORACIÓN DE NECESIDADES PSICOSOCIALES



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

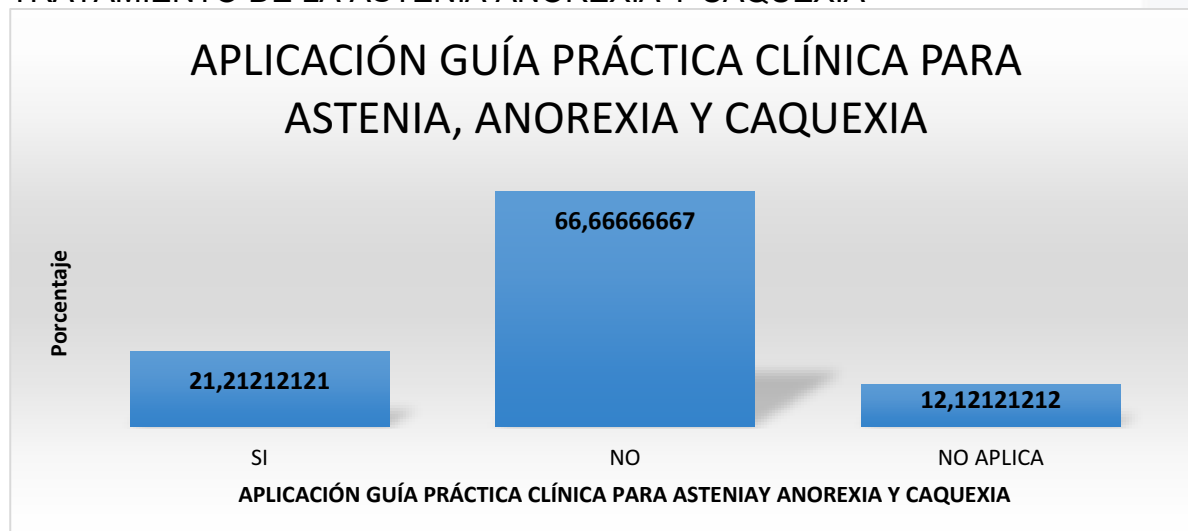
En la tabla nro. 14, sobre la valoración de los problemas de la piel encontramos que, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la valoración de las necesidades psicosociales, existe una desviación negativa a la valoración de los síntomas con un 81,8%, mientras que el 18,2% de ellos no tuvieron valoración durante las atenciones del año 2022.

4.1.3 Aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos:

Tabla Nro. 15. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ASTENIA ANOREXIA, CAQUEXIA Y DESHIDRATACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	21,2
NO	22	66,7
NO APLICA	4	12,1
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 15. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ASTENIA ANOREXIA Y CAQUEXIA



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

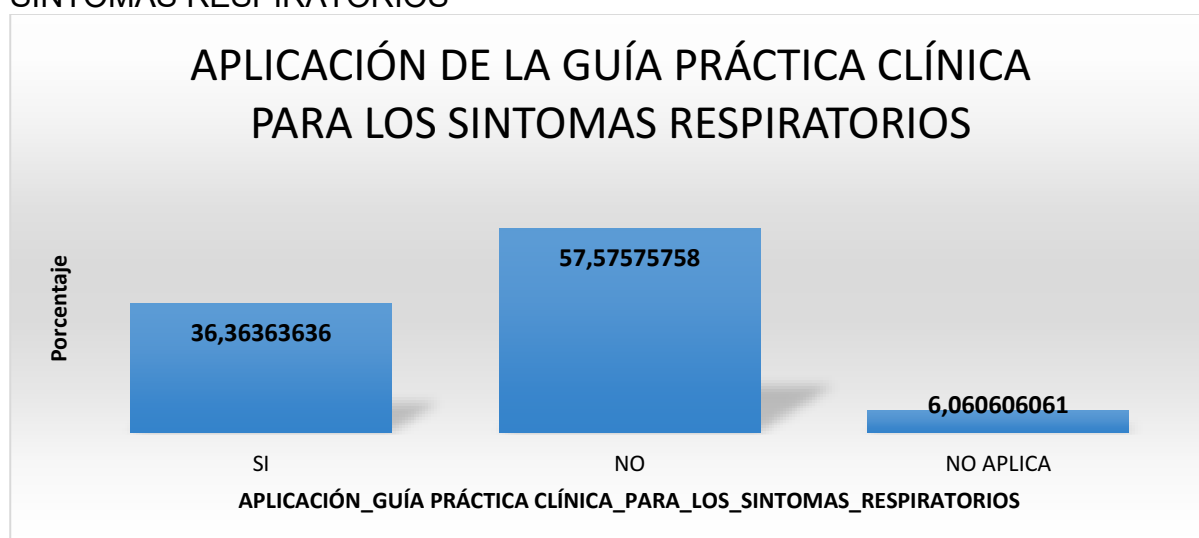
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En la tabla nro. 15, sobre la aplicación del tratamiento escrito en la guía práctica clínica de cuidados paliativos, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la aplicación de tratamiento para la astenia, anorexia y caquexia, existe una desviación negativa a la aplicación del tratamiento con un 66,7%, mientras que el 21,2% recibieron tratamientos para estos problemas, además se encontró que el 12,1% de ellos no necesitaban la aplicación de estos cuidados.

Tabla Nro. 16. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SINTOMAS RESPIRATORIOS

Tabla Nro. 16. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SINTOMAS RESPIRATORIOS		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	36,4
NO	19	57,6
NO APLICA	2	6,1
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 16. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SINTOMAS RESPIRATORIOS



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

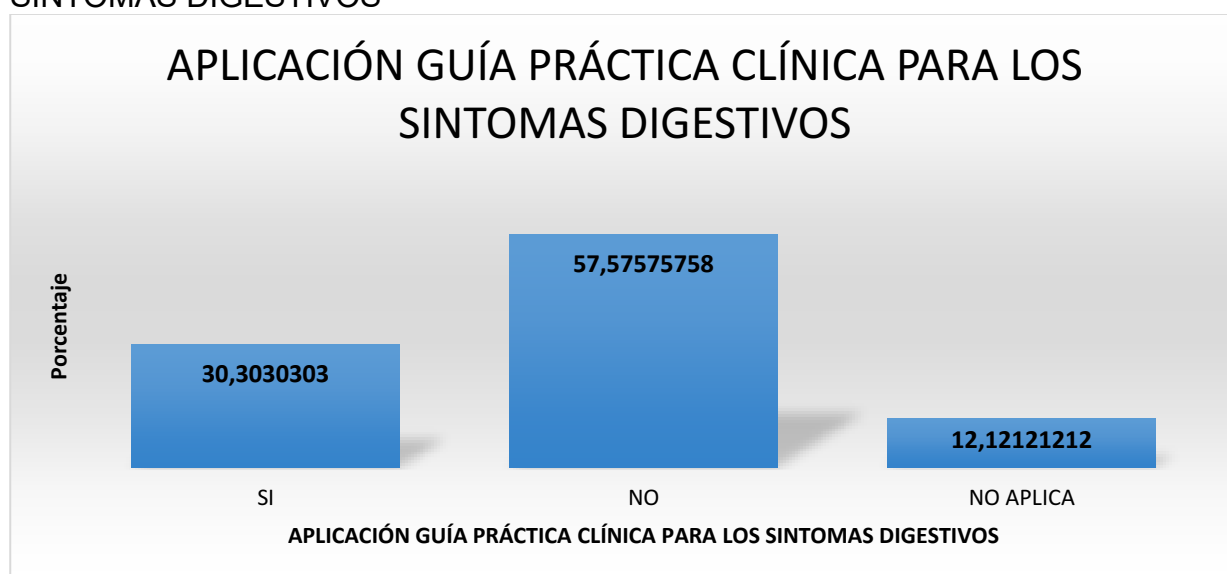
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En la tabla nro. 16, sobre la aplicación del tratamiento escrito en la guía práctica clínica de cuidados paliativos, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la aplicación de tratamiento para los síntomas respiratorios, existe una desviación negativa a la aplicación del tratamiento con un 57,6%, mientras que el 36,4% recibieron tratamientos para estos problemas, además se encontró que el 6% de ellos no necesitaban la aplicación de estos cuidados.

Tabla Nro. 17. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SINTOMAS DIGESTIVOS

Tabla Nro. 17. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SINTOMAS DIGESTIVOS		Frecuencia	Porcentaje
SI		10	30,3
NO		19	57,6
NO APLICA		4	12,1
Total		33	100,0

Gráfico Nro. 17. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SINTOMAS DIGESTIVOS



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

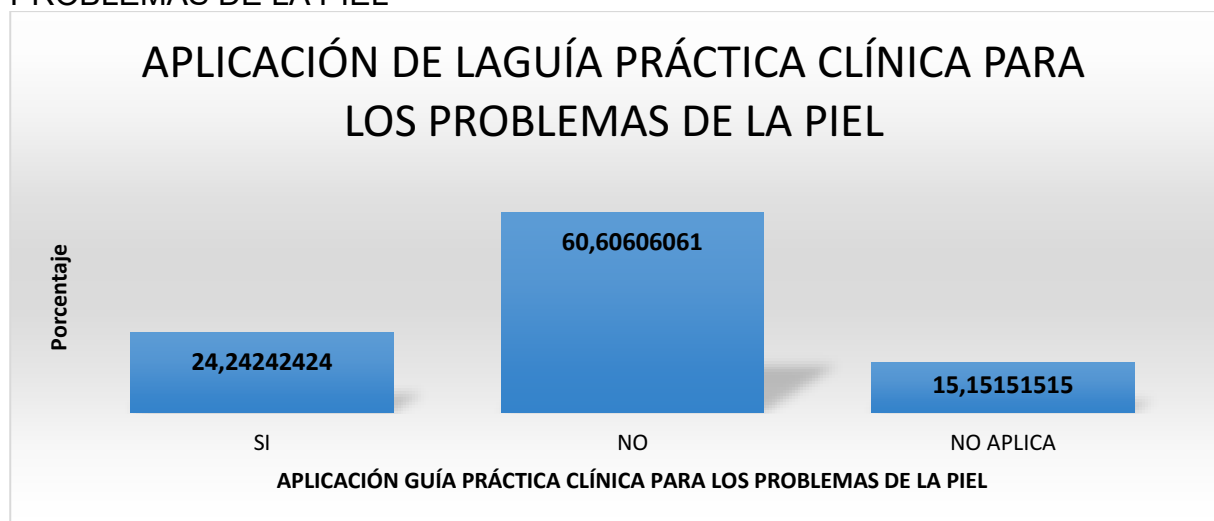
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En la tabla nro. 17, sobre la aplicación del tratamiento escrito en la guía práctica clínica de cuidados paliativos, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la aplicación de tratamiento para los síntomas digestivos, existe una desviación negativa a la aplicación del tratamiento con un 57,6%, mientras que el 30,3% recibieron tratamientos para estos problemas, además se encontró que el 12,1% de ellos no necesitaban la aplicación de estos cuidados.

Tabla Nro. 18. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS PROBLEMAS DE LA PIEL

Tabla Nro. 18. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS PROBLEMAS DE LA PIEL		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	24,2
NO	20	60,6
NO APLICA	5	15,2
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 18. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS PROBLEMAS DE LA PIEL



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

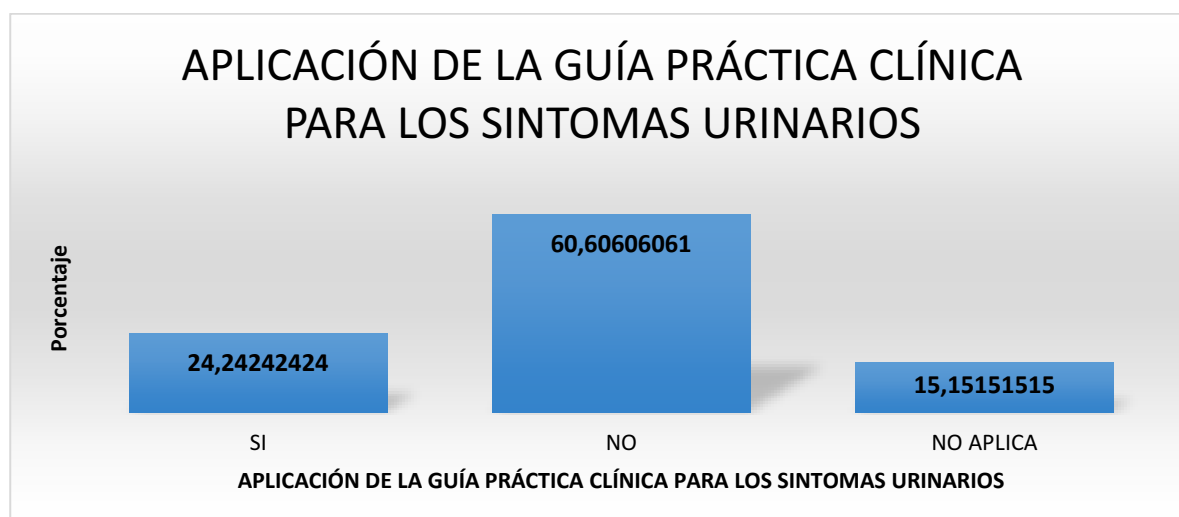
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En la tabla nro. 18, sobre la aplicación del tratamiento escrito en la guía práctica clínica de cuidados paliativos, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la aplicación de tratamiento para los problemas de la piel, existe una desviación negativa a la aplicación del tratamiento con un 60,6%, mientras que el 24,2% recibieron tratamientos para estos problemas, además se encontró que el 15,2% de ellos no necesitaban la aplicación de estos cuidados.

Tabla Nro. 19. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SINTOMAS URINARIOS

Tabla Nro. 19. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SINTOMAS URINARIOS		Frecuencia	Porcentaje
SI		8	24,2
NO		20	60,6
NO APLICA		5	15,2
Total		33	100,0

Gráfico Nro. 19. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SINTOMAS URINARIOS



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

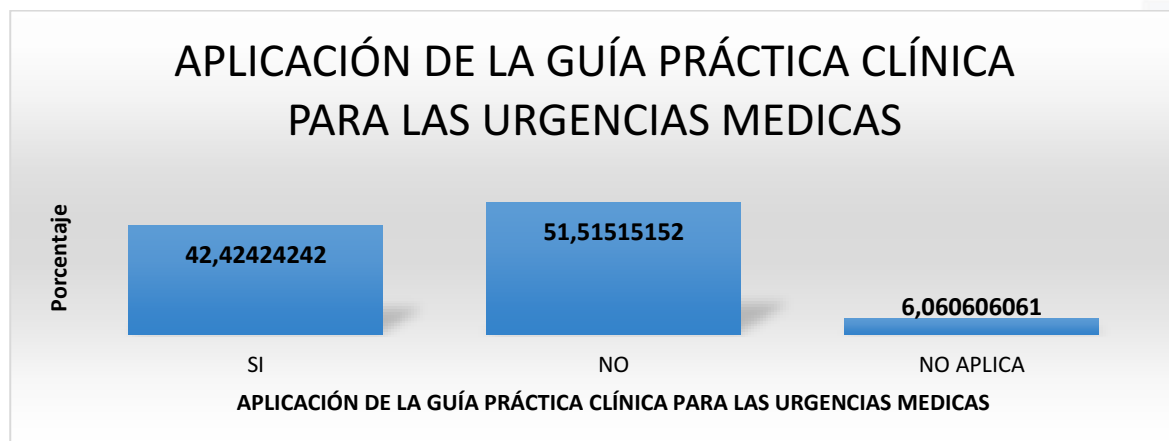
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En la tabla nro. 19, sobre la aplicación del tratamiento escrito en la guía práctica clínica de cuidados paliativos, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la aplicación de tratamiento para los síntomas urinarios, existe una desviación negativa a la aplicación del tratamiento con un 60,6%, mientras que el 24,2% recibieron tratamientos para estos problemas, además se encontró que el 15,2% de ellos no necesitaban la aplicación de estos cuidados.

Tabla Nro. 20. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LAS URGENCIAS MEDICAS

Tabla Nro. 20. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LAS URGENCIAS MEDICAS			
	Frecuencia	Porcentaje	
SI	14	42,4	
NO	17	51,5	
NO APLICA	2	6,1	
Total	33	100,0	

Gráfico Nro. 20. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LAS URGENCIAS MEDICAS



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

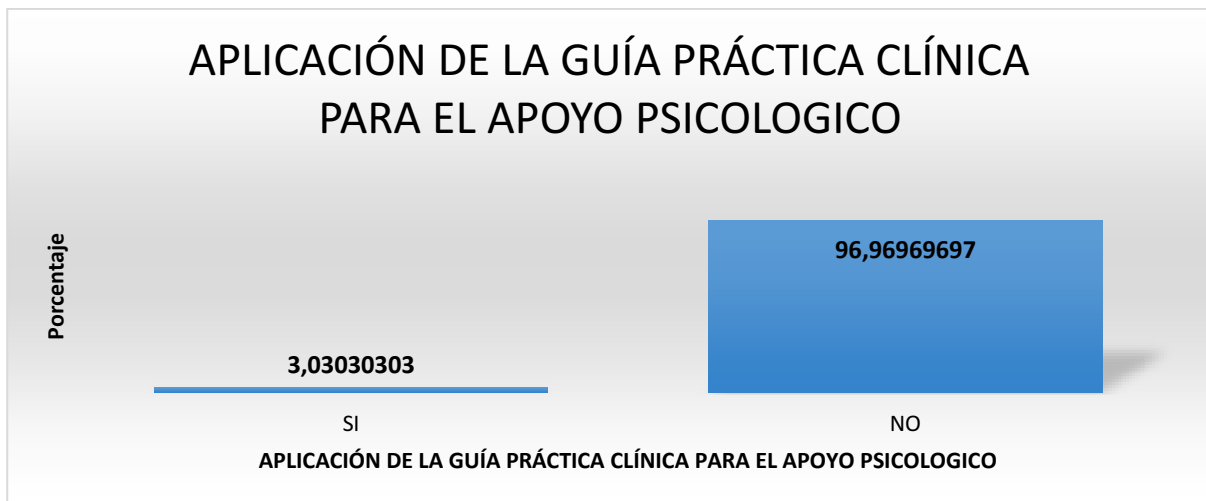
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En la tabla nro. 20, sobre la aplicación del tratamiento escrito en la guía práctica clínica de cuidados paliativos, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la aplicación de tratamiento para las urgencias médicas, existe una paridad en la aplicación del tratamiento con un 51,5%, no recibieron tratamientos, mientras que los que, si recibieron, 42,4% y no requerían este un 6,1%.

Tabla Nro. 21. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL APOYO PSICOLOGICO

	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	3,0
NO	32	97,0
Total	33	100,0

Gráfico Nro. 21. APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL APOYO PSICOLOGICO



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En la tabla nro. 21, sobre la aplicación del tratamiento escrito en la guía práctica clínica de cuidados paliativos, en los pacientes con enfermedades terminales con requerimientos de cuidados paliativos, la aplicación de tratamiento las necesidades psicológicas, existe una gran diferencia en el aspecto negativo, el cual se encuentran en el 97%, mientras que el 3% recibió este tipo de tratamiento.

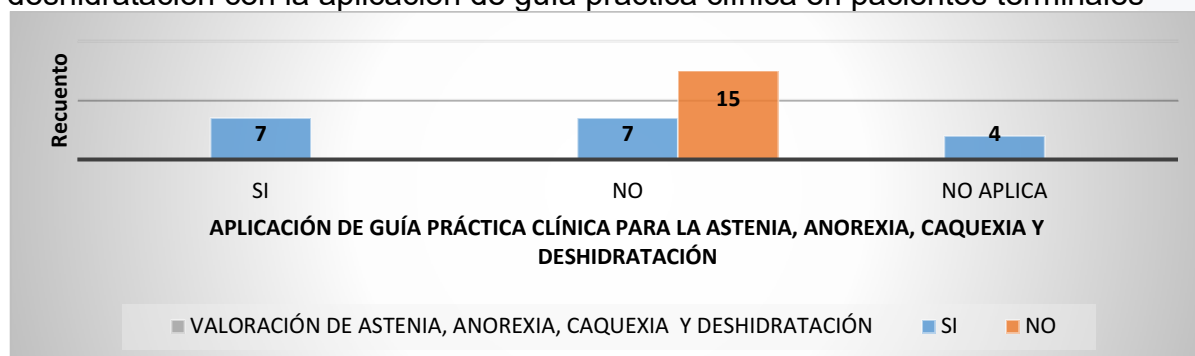
4.1.4 Calidad de atención médica recibida en los pacientes con enfermedades terminales, con la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos

Tabla Nro. 22. Relación entre valoración de astenia, anorexia, caquexia y deshidratación con la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales

VALORACIÓN DE ASTENIA, ANOREXIA, CAQUEXIA Y DESHIDRATACIÓN *APLICACIÓN DE GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES TERMINALES

		VALORACIÓN ASTENIA ANOREXIA CAQUEXIA Y DESHIDRATACIÓN			
		SI	NO	Total	
APLICACIÓN DE GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA ASTENIA ANOREXIA CAQUEXIA Y DESHIDRATACIÓN	SI	Recuento	7	0	7
		% del total	21,2%	0,0%	21,2%
	NO	Recuento	7	15	22
		% del total	21,2%	45,5%	66,7%
	NO APLICA	Recuento	4	0	4
		% del total	12,1%	0,0%	12,1%
Total	Recuento	18	15	33	
	% del total	54,5%	45,5%	100,0%	

Gráfico Nro. 22. Relación entre valoración de astenia, anorexia, caquexia y deshidratación con la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

En relación a la valoración de los cuadros de astenia, anorexia, caquexia y deshidratación de los pacientes de los pacientes atendidos en las unidades operativas del cantón Milagro, durante el año 2022, tenemos que:

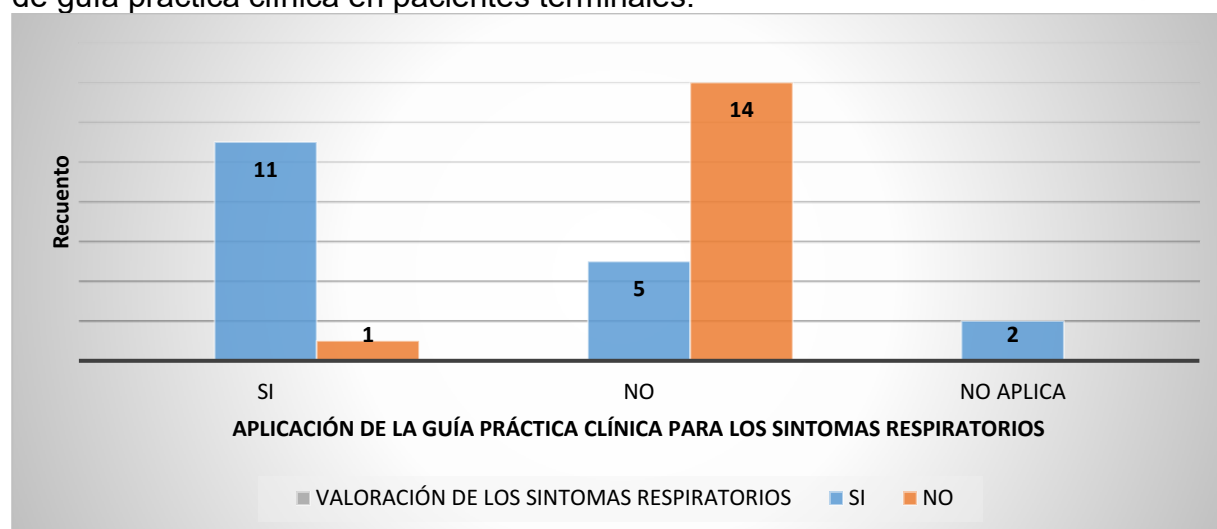
De los pacientes atendidos con estas patologías el 54,5% fue valorado y el 45,5% no recibió valoración alguna para este problema; de los pacientes valorados solo el 21,2%, mientras los que no aplicaban ningún tratamiento son el 12,1% y sumando el 66,7% no recibió ningún tratamiento.

Tabla Nro. 23. Relación entre valoración síntomas respiratorios con la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales.

VALORACIÓN DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS * APLICACIÓN DE GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES TERMINALES

		VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS			Total
		SI	NO		
APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS	SI	Recuento	11	1	12
		% del total	33,3%	3,0%	36,4%
	NO	Recuento	5	14	19
		% del total	15,2%	42,4%	57,6%
	NO APLICA	Recuento	2	0	2
		% del total	6,1%	0,0%	6,1%
Total	Recuento	18	15	33	
	% del total	54,5%	45,5%	100,0%	

Gráfico Nro. 23. relación entre valoración síntomas respiratorios con la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales.



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

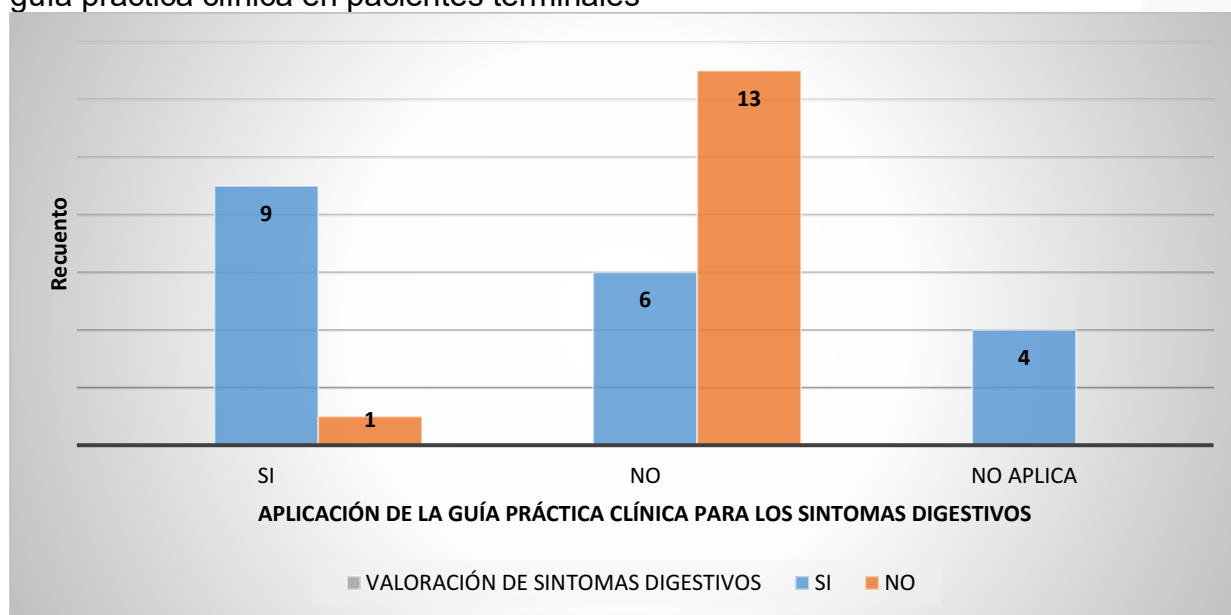
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

De los pacientes atendidos con estos síntomas respiratorios el 54,5% fue valorado y el 45,5% no recibió valoración alguna para este problema; de los pacientes valorados solo el 36,4%, mientras los que no aplicaban ningún tratamiento son el 6,1% y sumando el 57,6% no recibió ningún tratamiento.

Tabla Nro. 24. Relación entre la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales y valoración síntomas digestivos

		VALORACIÓN DE SINTOMAS DIGESTIVOS			
		SI	NO	Total	
APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SINTOMAS DIGESTIVOS	SI	Recuento	9	1	10
		% del total	27,3%	3,0%	30,3%
	NO	Recuento	6	13	19
		% del total	18,2%	39,4%	57,6%
	NO APLICA	Recuento	4	0	4
		% del total	12,1%	0,0%	12,1%
Total		Recuento	19	14	33
		% del total	57,6%	42,4%	100,0%

Gráfico Nro. 24. Relación entre valoración síntomas digestivos con la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

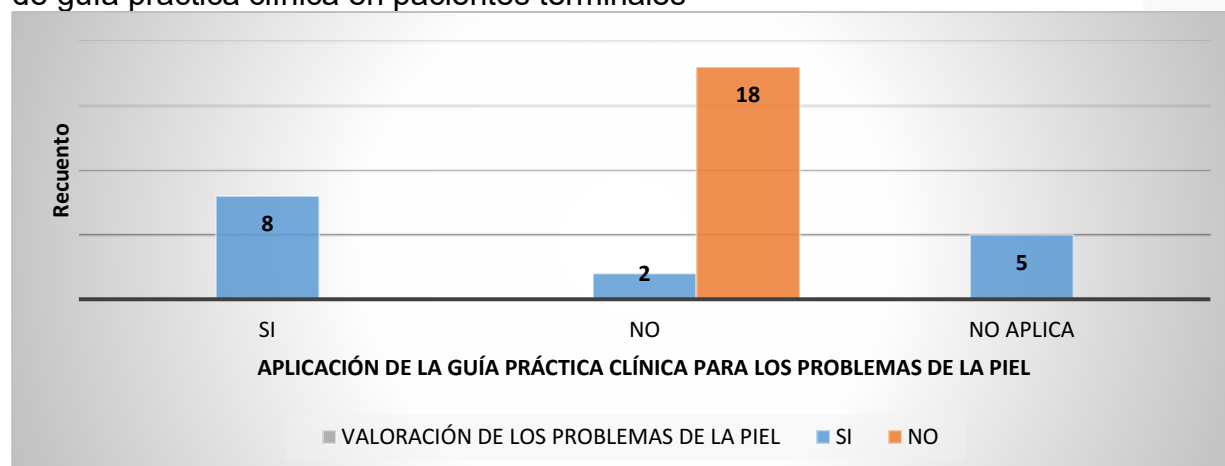
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

De los pacientes atendidos con estos síntomas digestivos el 57,6% fue valorado y el 42,4% no recibió valoración alguna para este problema; de los pacientes valorados solo el 30,3%, mientras los que no aplicaban ningún tratamiento son el 12,1% y sumando el 57,6% no recibió ningún tratamiento.

Tabla Nro. 25. Relación entre la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales con la valoración de problemas de la piel.

		VALORACIÓN DE PROBLEMAS DE LA PIEL			Total
		SI	NO		
APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS PROBLEMAS DE LA PIEL	SI	Recuento	8	0	8
		% del total	24,2%	0,0%	24,2%
	NO	Recuento	2	18	20
		% del total	6,1%	54,5%	60,6%
	NO APLICA	Recuento	5	0	5
		% del total	15,2%	0,0%	15,2%
Total	Recuento	15	18	33	
	% del total	45,5%	54,5%	100,0%	

Gráfico Nro. 25. relación entre valoración de problemas de la piel con la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

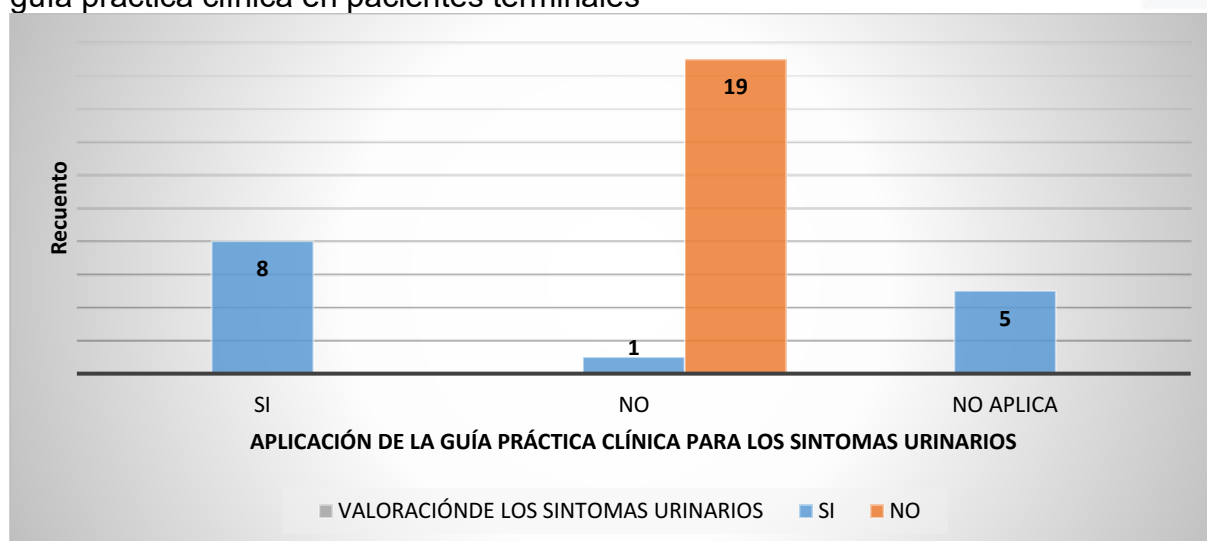
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

De los pacientes atendidos con problemas en la piel el 45,5% fue valorado y el 54,5% no recibió valoración alguna para este problema; de los pacientes valorados solo el 24,2%, mientras los que no aplicaban ningún tratamiento son el 15,2% y sumando el 60,6% no recibió ningún tratamiento.

Tabla Nro. 26. Relación entre aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales y valoración de síntomas urinarios

		VALORACIÓN SINTOMAS URINARIOS			Total
		SI	NO		
APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LOS SINTOMAS URINARIOS	SI	Recuento	8	0	8
		% del total	24,2%	0,0%	24,2%
	NO	Recuento	1	19	20
		% del total	3,0%	57,6%	60,6%
	NO APLICA	Recuento	5	0	5
		% del total	15,2%	0,0%	15,2%
Total		Recuento	14	19	33
		% del total	42,4%	57,6%	100,0%

Gráfico Nro. 26. relación entre valoración de síntomas urinarios con la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

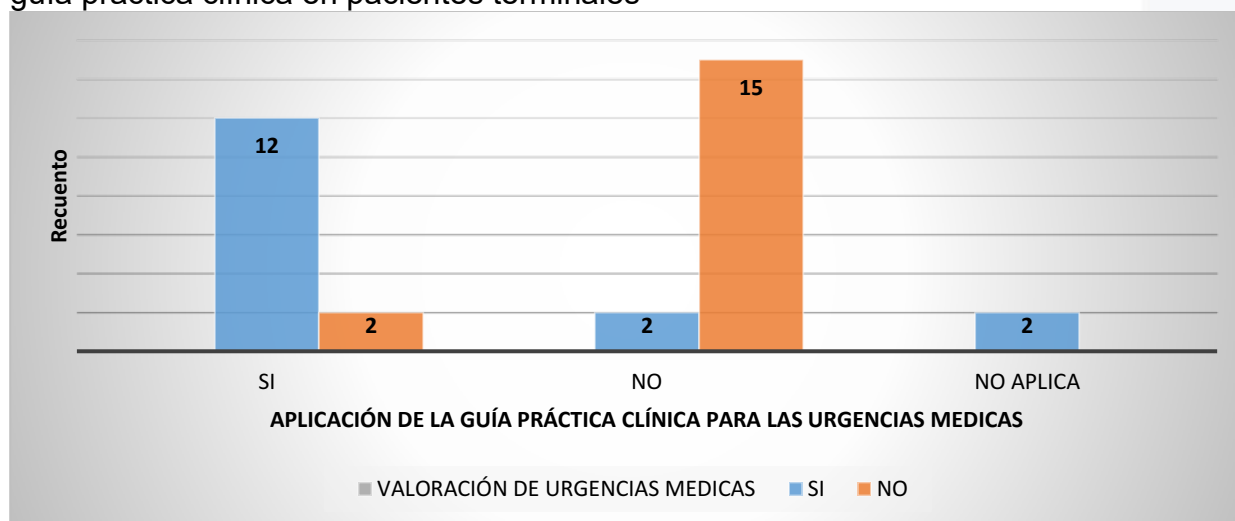
Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

De los pacientes atendidos con síntomas urinarios el 42,4% fue valorado y el 57,6% no recibió valoración alguna para este problema; de los pacientes valorados solo el 24,2%, mientras los que no aplicaban ningún tratamiento son el 15,2% y sumando el 60,6% no recibió ningún tratamiento.

Tabla Nro. 27. Relación entre aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales y valoración urgencias médicas con la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales

		VALORACIÓN URGENCIAS MEDICAS			Total
		SI	NO		
APLICACIÓN GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LAS URGENCIAS MEDICAS	SI	Recuento	12	2	14
		% del total	36,4%	6,1%	42,4%
	NO	Recuento	2	15	17
		% del total	6,1%	45,5%	51,5%
	NO APLICA	Recuento	2	0	2
		% del total	6,1%	0,0%	6,1%
Total	Recuento	16	17	33	
	% del total	48,5%	51,5%	100,0%	

Gráfico Nro. 27. Relación entre valoración urgencias médicas con la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

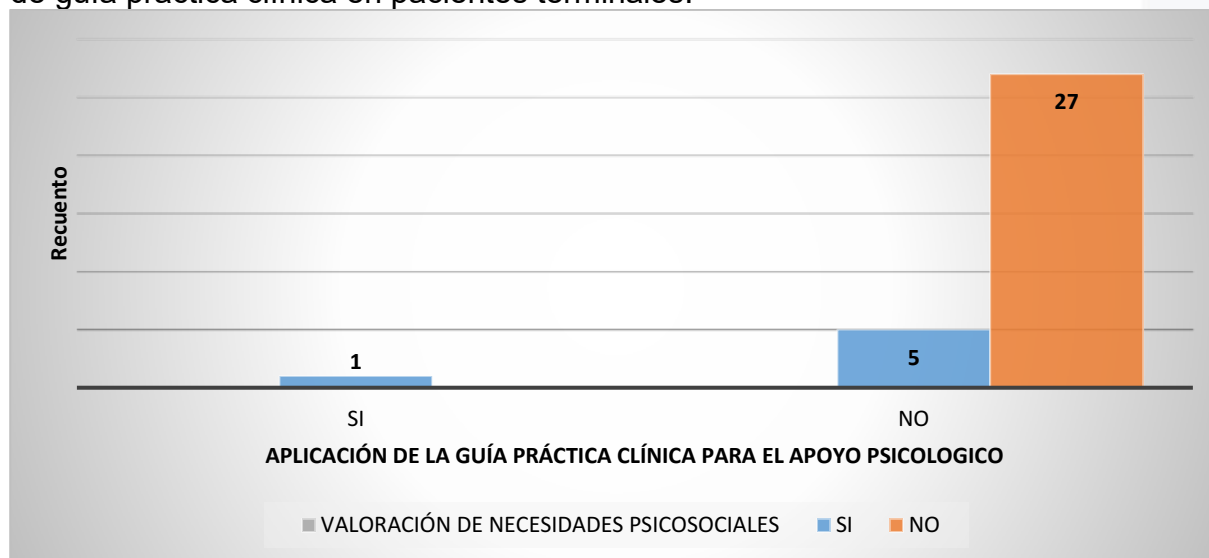
De los pacientes atendidos con problemas en la piel el 48,5% fue valorado y el 51,5% no recibió valoración alguna para este problema; de los pacientes valorados solo el 42,4%, mientras los que no aplicaban ningún tratamiento son el 6,1% y sumando el 51,5% no recibió ningún tratamiento.

Tabla Nro. 28. Relación entre la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales y valoración de apoyo psicológicos

APLICACIÓN GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL APOYO PSICOLOGICO*VALORACIÓN NECESIDADES PSICOSOCIALES

			VALORACIÓN DE NECESIDADES PSICOSOCIALES		Total
			SI	NO	
APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL APOYO PSICOLOGICO	SI	Recuento	1	0	1
		% del total	3,0%	0,0%	3,0%
	NO	Recuento	5	27	32
		% del total	15,2%	81,8%	97,0%
Total		Recuento	6	27	33
		% del total	18,2%	81,8%	100,0%

Gráfico Nro. 28. relación entre valoración de apoyo psicológicos con la aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales.



Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

De los pacientes atendidos para el apoyo psicológico el 18,2% fue valorado y el 81,8% no recibió valoración alguna para este problema; de los pacientes valorados solo el 3%, mientras los que no recibieron ningún tratamiento dio un 97% de los casos.

Tabla Nro. 29. Aplicación de la guía práctica clínica en de astenia, anorexia, caquexia y deshidratación y valoración de astenia, anorexia, caquexia y deshidratación.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,750 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	17,953	2	,000
Asociación lineal por lineal	,678	1	,410
N de casos válidos	33		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,82.

Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

Análisis: se está utilizando un coeficiente de confianza del 95%, por lo que el nivel de significancia es 5%, (0.05%); la significancia asintótica bilateral es $0.001 < 0.05$, Si se acepta la hipótesis que indica que existe relación entre los ítems.

Tabla Nro. 30. Aplicación de la guía práctica clínica en los síntomas respiratorios y valoración de síntomas respiratorios

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,443 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	16,690	2	,000
Asociación lineal por lineal	4,482	1	,034
N de casos válidos	33		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,91.

Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

Análisis: se está utilizando un coeficiente de confianza del 95%, por lo que el nivel de significancia es 5%, (0.05%); la significancia asintótica bilateral es $0.001 < 0.005$, Si se acepta la hipótesis que indica que existe relación entre los ítems.

Tabla Nro. 31. aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales y valoración síntomas digestivos.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,509 ^a	2	,002
Razón de verosimilitud	14,787	2	,001
Asociación lineal por lineal	,735	1	,391
N de casos válidos	33		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,70.

Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

Análisis: se está utilizando un coeficiente de confianza del 95%, por lo que el nivel de significancia es 5%, (0.05%); la significancia asintótica bilateral es $0.002 < 0.005$, Si se acepta la hipótesis que indica que existe relación entre los ítems.

Tabla Nro. 32. Aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales y valoración de problemas de la piel

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,740 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	32,471	2	,000
Asociación lineal por lineal	,823	1	,364
N de casos válidos	33		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,27.

Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

Análisis: se está utilizando un coeficiente de confianza del 95%, por lo que el nivel de significancia es 5%, (0.05%); la significancia asintótica bilateral es $0.000 < 0.005$, Si se acepta la hipótesis que indica que existe relación entre los ítems.

Tabla Nro. 33. Aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales y valoración de problemas urinarios.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,111 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	37,047	2	,000
Asociación lineal por lineal	,931	1	,335
N de casos válidos	33		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,12.

Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

Análisis: se está utilizando un coeficiente de confianza del 95%, por lo que el nivel de significancia es 5%, (0.05%); la significancia asintótica bilateral es $0.000 < 0.005$, Si se acepta la hipótesis que indica que existe relación entre los ítems.

Tabla Nro. 34. aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales y valoración de urgencias

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,071 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	21,919	2	,000
Asociación lineal por lineal	5,835	1	,016
N de casos válidos	33		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,97.

Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

Análisis: se está utilizando un coeficiente de confianza del 95%, por lo que el nivel de significancia es 5%, (0.05%); la significancia asintótica bilateral es $0.000 < 0.005$, Si se acepta la hipótesis que indica que existe relación entre los ítems.

Tabla Nro. 35. Aplicación de guía práctica clínica en pacientes terminales y valoración de apoyo psicológico

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,641 ^a	1	,031		
Corrección de continuidad ^b	,702	1	,402		
Razón de verosimilitud	3,556	1	,059		
Prueba exacta de Fisher				,182	,182
Asociación lineal por lineal	4,500	1	,034		
N de casos válidos	33				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Base de datos Check List de verificación- SPSS-25

Elaborado por: Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez

Análisis: se está utilizando un coeficiente de confianza del 95%, por lo que el nivel de significancia es 5%, (0.05%); la significancia asintótica bilateral es $0.031 < 0.05$, Si se acepta la hipótesis que indica que existe relación entre los ítems.

4.2 Análisis Comparativo

La aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos, en los pacientes con enfermedades terminales en los centros de salud del primer nivel de atención de la ciudad de Milagro, indica pautas para la atención de calidad, basado en la aplicación de lo se cita en ella. Mediante la utilización de instrumentos de verificación de las historias clínicas de la valoración y aplicación de lo que indica la guía, se puede constatar el estado actual de atención en el centro de salud.

Resulta relevante colocar en primordialmente la verificación de la aplicación de la guía en estos pacientes, ya que la relación entre la calidad de atención médica, medida por la valoración y la aplicación de lo que indica la guía, servirá para comparar con estudios similares o de algún tipo de relación final. Es así que, en un estudio de Suarez Lima, et al. sobre la percepción de calidad en un centro de salud de Milagro encontramos que resultados conseguidos en la población demostraron que el 48 % son de satisfacción regular (José et al., 2019) los cuales fueron medidos mediante la aplicación de encuestas servqual, y que en se pueden comparar con resultados negativos del mayor porcentaje de las preguntas del estudio, da una pauta similar entre la percepción encontrada con la calidad empleada.

De los resultados encontrados en la investigación realizada tenemos que los pacientes en su mayor porcentaje son atendidos en el centro de salud Los Vergeles, con más del 50% del total y la edad con mayor número de casos son las que se encuentran entre los 20 a 64 años, igualdad relativa en relación al sexo y un porcentaje casi completo en la etnia de los pacientes; acorde a la enfermedad, la mayor cantidad de pacientes atendidos son quienes tienen enfermedades crónicas

con cerca del 50% de los casos y las incurables con el 30% de estos, de las cuales el 70% correspondían a enfermedades neurológicas de largo tiempo de atención.

En cuanto al número de atenciones recibidas tenemos que emparejados entre 1 a 2 atenciones y más de 6 atenciones tienen un 36% de los pacientes recibieron este servicio, mientras que los que no recibieron ni un tratamiento durante el 2022, se encontraban con un 15,2%, las que arrojaron un nivel de atención parejo entre lo óptimo y regular con un promedio del 38%. Como base del estudio se verificó la valoración de los síntomas a revisar en cada uno de los pacientes atendidos, es así que la valoración de los síntomas se desvía ligeramente en curva negativa, a excepción de la valoración de astenia, anorexia, caquexia y deshidratación 54,5%, valoración de síntomas respiratorios 54,5%, valoración de síntomas digestivos de 57,6%.

En relación a la aplicación tenemos un resultado con desviación negativa de mayor impacto, en el que la no aplicación de tratamiento para la astenia, anorexia, caquexia y deshidratación con un 66,7%; no aplicación de tratamientos para síntomas respiratorios con un 57,6%; la no aplicación de síntomas digestivos con un 57,6%; aplicación de acciones para problemas de la piel con un 60,6%, aplicación de tratamiento para síntomas urinario 60,6%; atención de urgencias médicas con un 51,5% y la no aplicación de apoyo psicológico con un 97%.

Al compararlo con estudios similares como el “análisis de cuidados paliativos por equipos de atención integral del centro de salud n. 1 Tulcán” (Enríquez et al., 2020) indica que la aplicación de los conocimientos de la guía práctica clínica de cuidados paliativos, el 45% no lo realiza, mientras el 55% si no hace, mientras que los conocimientos específicos de cuidados paliativos al atender un paciente indicaron que

usan en un porcentaje de 55,6%. Encontrando la similitud entre el estudio realizado en base al conocimiento, y aplicación de la guía de cuidados paliativos.

En cuanto a la relación de las preguntas del objetivo 2 y 3 del estudio, se encontró que existe una fiabilidad de Alfa de Cronbach del 0,849, lo que indica que el instrumento para la recolección de los datos es confiable y la prueba de chi cuadrado de cada pregunta relacionada entre la valoración y aplicación tienen una relación menor de 0.05, lo que manifiesta una relación directa entre ambos ítems.

En base a los resultados obtenidos se concluye que existe relación entre la calidad de atención médica en los pacientes con enfermedades terminales y la aplicación de la guía práctica de cuidados paliativos en el primer nivel de atención de Milagro, respondiendo a cada uno de los objetivos específicos:

En relación al primer objetivo específico se concluye que la población estudiada tiene características específicas presentes como el grupo etario el cual está enmarcado en un rango amplio de edad, también que la mayoría de pacientes son atendidos en un centro de salud urbano, y la mayoría de enfermedades son crónicas y su tipo es neurológico.

En base al segundo objetivo se verifico que la calidad de atención se verifico que, en la mayoría de los centros de salud, la valoración de los síntomas presentes en este tipo de patologías no es realizados, debido a múltiples factores o no registro de información.

El tercer objetivo, se visualizó que de los pacientes con necesidad de tratamiento específico para sus patologías no fueron realizadas durante la atención pos valoración sintomática, es decir en la verificación no es aplicado durante las atenciones médicas en los pacientes con cuidados paliativos, ya sea por no registro o desconocimiento.

Y en relación de ambos objetivos se concluye que los pacientes no fueron valorados en su totalidad y de estos, no recibieron tratamiento alguno para su patología, pero esto no en total de los casos, ya que, de los pacientes valorados, hubo pacientes que recibieron el tratamiento correspondiente sin la valoración de los síntomas.

4.3 Verificación de las Hipótesis

Para la verificación de la hipótesis realizo una correlación de las variables de calidad de atención médica en los pacientes con enfermedades terminales y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos mediante la valoración del coeficiente de chi cuadrado de Pearson, la cual en cada una de sus preguntas genero los siguientes resultados:

- En la correlación entre la valoración de astenia, anorexia, caquexia y deshidratación con la aplicación de lo que indica la guía práctica clínica de cuidados paliativos es de 0,001;
- La correlación entre la valoración de los síntomas respiratorios con la aplicación de lo que indica la guía la relación es 0,001;
- La correlación entre la valoración de los síntomas digestivos con la aplicación de los que indica la guía, la relación es de 0,002;
- La correlación de la valoración de los problemas de la piel con la aplicación de lo que indica la guía, la relación es 0,000;
- La correlación de la valoración de los problemas urinarios y la aplicación de lo que indica la guía, la relación es 0,000;
- La correlación de la valoración de urgencias con la aplicación de lo que indica la guía, la relación es 0,000;
- La correlación entre la valoración de apoyo psicológico y la aplicación de lo que indica la guía, la relación es 0,031.

Lo que determinó, respondiendo a la hipótesis la existencia de relación entre la calidad de atención medida por la valoración de los pacientes y la aplicación de lo escrito en la guía, dando como que existe dependencia entre la aplicación por parte de los profesionales de la salud lo descrito en la guía, generando atención calidad mediante la utilización de los conocimientos descritos en la guía, por lo cual se acepta la hipótesis.

5. CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- En base a la hipótesis planteada, se evidencia una correlación entre la calidad de atención a los pacientes con enfermedades terminales y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en el primer nivel de atención de Milagro durante el año 2022.

- La base de estudio es la revisión de la guía práctica clínica de cuidados paliativos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador del año 2014, la cual no ha sido actualizada al momento, pero que engloba acciones necesarias y aplicables para la atención de los pacientes con enfermedades terminales en cada uno de los niveles de atención.

- En el mundo no existe estudios similares como el realizado, sin embargo, se ha medido la calidad de atención, mediante encuestas de percepción, así como el nivel de aplicabilidad de las guías en los sistemas nacionales de salud y el conocimiento y aplicación de la guía de cuidados paliativos en el Ecuador.

- Se concluye que, para el objetivo específico de la identificación de la población y grado de enfermedad, se ha identificado el total de pacientes con enfermedades terminales atendidos en el año 2022 en el primer nivel de atención, encontrando que la mayoría de estos se encuentran ubicados en un territorio, el que corresponde al Centro de salud Los Vergeles, sumando a ello el grupo de enfermedad atendida más atendidas son de tipo neurológicos y que los pacientes crónicos son los que ocupan el mayor porcentaje.

- Para la identificación de la calidad de atención médica, se valoró la cantidad de atenciones durante el año y la valoración integral de cada paciente, en la que se evidencio la valoración de cada uno de los síntomas, intervenciones

y necesidades de apoyo con una desviación hacia la negatividad de realización. Lo que expresa que no todos los pacientes son valorados correctamente, ya sea por desconocimiento, falta de tiempo o no registro de información; también se encontró que existieron pacientes registrados en este grupo de pacientes que no fueron valorados durante el año 2022.

- La aplicación de lo descrito en la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los pacientes del primer nivel con enfermedades terminales, al igual que la valoración tuvo una curva negativa a la no realización de lo escrito, es decir se encontraron valoraciones de enfermedades que requerían tratamiento médico específico, el cual no fue escrito en las evoluciones y prescripción médica; también un dato relevante, conociendo que el 100% de las personas con estos problemas debe tener acompañamiento psicológico, solo el 3% de ellos, es decir una persona solo habría tenido intervención de este tipo.

- Además, se concluye que, en relación a la calidad de atención médica y la aplicación de la guía de cuidados paliativos, existe una relación directa entre lo valorado y lo que debió ser aplicado. Con la cual se comprueba la hipótesis planteada, en la que se verifican que la variable dependiente e independiente se relacionan; de esta manera los pacientes que recibieron valoración integral recibieron tratamiento sintomático, mientras que los que no fueron valorados no.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda elaborar un plan de actualización continua de revisión y evaluación para la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos, para los profesionales de los centros de salud del primer nivel de atención de Milagro.
- También la revisión y aplicación de las guías prácticas clínicas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador por parte de los profesionales de la salud de primer nivel, ya que estas son basadas en conocimientos científicos basados en la evidencia.
- Estudiar y aplicar la guía práctica clínica de cuidados paliativos del Ecuador por parte los profesionales de salud, ya que con ello aumentaran su conocimiento en la realización de las acciones necesarias para la atención de los pacientes con enfermedades terminales.
- Continuar con la realización de investigaciones similares en diferentes ciudades, que permitan conocer el estado real de la atención de este tipo de pacientes.
- En cuanto a la atención de los pacientes se recomienda organizar territorialmente la atención de los pacientes, para redistribuir la cantidad de pacientes atendidos entre los centros de salud, buscando que los estén realicen una valoración integral y aplicación de lo descrito en la guía práctica clínica de cuidados paliativos.

- Se recomienda la revisión integral de la guía, con la finalidad de aplicar lo descrito en ella, valoración y aplicación de tratamientos; mediante una estrategia de actualización y evaluación de conocimiento que permitan a los profesionales de la salud tener herramientas metodológicas y conocimiento práctico en lo realizable en este nivel de atención.
- Evaluar las acciones realizadas de los profesionales durante la atención de estos pacientes, mediante la revisión de las evoluciones médicas donde se identifiquen la correcta valoración, registro de información y aplicación de tratamientos sugeridos por la guía.
- Realizar una encuesta de satisfacción del usuario en torno a la calidad de atención médica percibida por estos pacientes y sus familiares directos, para visualizar la sensación de los pacientes con estos tipos de enfermedades.

6. Referencias bibliográficas

- Alva Diaz, C., García Mostajo, J. A., Gil-Olivares, F., Timana, R., Pimentel, P., & Canelo-Aybar, C. (2017). Guías de practica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta Med Peru*, 34(4), 317–322.
- Amado, J., & Oscanoa, T. (2020). *Definiciones , criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas Definitions , diagnostic criteria and terminality assessment of cáncer and non- cáncer chronic diseases*. 20(3).
- Amado-Tineo, J., Vásquez-Alva, R., Huari-Pastrana, R., Villavicencio-Chávez, C., Rimache-Inca, L., Lizonde-Alejandro, R., & Oscanoa-Espinoza, T. (2020). Características clínico epidemiológicas de pacientes con enfermedad crónica en fase terminal admitidos a un departamento de emergencia general. *Anales de La Facultad de Medicina*, 81(1), 21–26. <https://doi.org/10.15381/anales.v81i1.16848>
- Bonilla, P. (2021). Cuidados paliativos en Latinoamérica. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(2), 4–13. <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n2.226>
- CABELLO MORALES, E. (2015). Calidad de la Atención Medica: ¿ Paciente o cliente? *Revista Médica Herediana*, 12(3), 96. <https://doi.org/10.20453/rmh.v12i3.2391>
- Campos-Miño, S. (2021). La importancia de los consensos y guías clínicas en la práctica médica. *Metro Ciencia*, 29(3), 3–4. <https://doi.org/10.47464/metrociencia/vol29/3/2021/3-4>
- Cerdas Vargas, I. B. (2018). Estrategias para el éxito y liderazgo en un equipo de cuidados paliativos. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 66(589), 293–298.
- Del Sol Fabregat, L. A., Tejeda Castañeda, E., & Mirabal Díaz, J. M. (2017). Los métodos teóricos: una necesidad de conocimiento en la investigación científico-pedagógica. *Edumecentro*, 9(4), 250–253.
- Encuestas MSP* (2023). Retrieved February 21, 2023, from <https://encuestas.msp.gob.ec/>
- Enríquez, S. X. G., Gómez, J. D. C., Cano, J. R. M., & Pico, O. M. A. (2020). ANÁLISIS DE CUIDADOS PALIATIVOS POR EQUIPOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CENTRO DE SALUD N. 1 TULCÁN. *Revista Universidad y Sociedad*, 1, 405–410.

- Espinoza, A. (2017). Revalorando el papel de las guías de práctica clínica
Reassessing the Role of Clinical Practice Guidelines. *Revista Finlay*, 7, 128–140.
- Febres-Ramos, R. J., & Mercado-Rey, M. R. (2020). Patient satisfaction and quality of care of the internal medicine service of Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo - Perú. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 397–403. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3123>
- Grace del Pilar Cambizaca Mora, & et.al Luis Alberto Morocho Yaguana, Gloria Yolanda Jiménez Merino, Erika Tatiana Cañar Torres, F. H. S. Contreras. (2022). ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON SINTOMATOLOGIA COMUN EN ENFERMEDADES TERMINALES -CUIDADOS PALIATIVOS. In *Nucl. Phys.* (Vol. 13, Issue 1).
- Hernández Sampieri, R. (2014). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*.
- INEC. (2020a). Población y demografía. *Censo 2010*, 117–124. <https://doi.org/10.32418/rfs.1974.114.3756>
- INEC. (2020b). Población y demografía. *INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSO - ECUADOR*, 117–124. <https://doi.org/10.32418/rfs.1974.114.3756>
- INEC. (2020c). Proyecciones Poblacionales |. In *Proyecciones Poblacionales* (p. 1).
- Jannina, D., & Medina, E. M. (2021). *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE MEDICINA POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA*.
- José, G., Lima, S., Enrique, R., Salguero, R., Lenin, G., Mantilla, S., Gonzalo, H., Cobos, S., Mishell, A., Ibarra, A., Esther, R., & Guerrero, A. (2019). Perceived quality of care in CAI III health center. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 38(2), 153–169.
- Manterola, C., Otzen, T., & García, N. (2019). *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia*. 71(5), 468–475.
- María Soledad Cisternas-Reyes. (2021). Cuidados paliativos como un derecho humano: un nuevo reto para el siglo XXI. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 26, 224–235.
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Centro de Salud Tipo A Las Piñas – Ministerio de Salud Pública*. 2020. Retrieved July 20, 2021, from <https://www.salud.gob.ec/centro-de-salud-tipo-a-las-pinas/>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026*. 76.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Cuidados Paliativos, Guía Práctica Clínica (Adopción de GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA sobre cuidados paliativos en el SNS)*.
- Molina, M., Quesada, L., Ulate, D., & Vargas, S. (2004). La calidad en la atención médica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 21(1), 14–16.
- Navarrete-Navarro, S., Gómez-Delgado, A., Riebeling-Navarro, C., López-García, G. A., & Nava-Zavala, A. (2013). Research on quality of health care from the Mexican Social Security Institute. A bibliometric study. *Salud Publica de Mexico*, 55(6), 564–571. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i6.7302>
- OPS/OMS | *Cuidados Paliativos*. (2016). Retrieved February 9, 2023, from https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es#gsc.tab=0
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Cuidados paliativos - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. 2021. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles*.
- Owusuaa, C., Dijkland, S. A., Nieboer, D., van der Heide, A., & van der Rijt, C. C. D. (2022). Predictors of Mortality in Patients with Advanced Cancer—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers*, 14(2), 1–20. <https://doi.org/10.3390/cancers14020328>
- Puchi-Gómez, C., Paravic-Klijn, T., & Salazar, A. (2018). Indicators of the quality of health care in home hospitalization: An integrative review. In *Aquichan* (Vol. 18, Issue 2, pp. 186–197). Universidad de La Sabana. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.6>
- Robles A, D. (2014). Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón San Francisco de Milagro: Actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. [Http://App.Sni.Gob.Ec/Sni-Link/Sni/PORTAL_SNI/Data_sigad_plus/Sigadplusdiagnostico/0960000730001diagnostico_15-11-2014](http://App.Sni.Gob.Ec/Sni-Link/Sni/PORTAL_SNI/Data_sigad_plus/Sigadplusdiagnostico/0960000730001diagnostico_15-11-2014), 1–250.
- Saila, O., & De Sanidad, D. (2008). *Clinical Practice Guideline on type 2 Diabetes CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN THE SPANISH NHS MINISTRY OF HEALTH AND CONSUMER AFFAIRS*.


- Saunders, C. (2016). CUIDADOS PALIATIVOS: HISTORIA Y DESARROLLO. *Universidad Católica de Chile*, 32(1).
- SNPSS. (2018). MANUAL DE USUARIO PLATAFORMA DE REGISTRO DE ATENCIÓN EN SALUD "PRAS." MSP, 108.
- Vázquez-García, D., & Marisa De-la-Rica-Escuín, C. G.-B. y A.-L. C.-N. (2019). AFRONTAMIENTO Y PERCEPCIÓN PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE EMERGENCIAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA. *Rev Esp Salud Pública*, 93.
- Victoria, L., & Amaya, C. (2020). *Atención Domiciliaria Para Paciente Adulto Mayor con Enfermedades Crónicas y Terminales Desde la Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida Revisión de los Modelos de Atención Domiciliaria Para Paciente Adulto Mayor con Enfermedades Crónicas y Terminales*.
- Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., Flack, J. M., Carter, B. L., Materson, B. J., Ram, C. V. S., Cohen, D. L., Cadet, J. C., Jean-Charles, R. R., Taler, S., Kountz, D., Townsend, R. R., Chalmers, J., Ramirez, A. J., Bakris, G. L., ... Harrap, S. B. (2014). Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Comm. *Journal of Clinical Hypertension*, 16(1), 14–26. <https://doi.org/10.1111/jch.12237>

Anexos

Anexo 1. Datos de pacientes con necesidades de cuidados paliativos Milagro.

No.	DATOS GENERALES							CENTRO DE SALUD PRIMER NIVEL DE REFERENCIA	DIAGNÓSTICOS
	ZONA	CANTÓN	NOMBRES	APELLIDOS	N° CÉDULA IDENTIDAD / PASAPORT	EDAD (AÑOS)	GÉNERO		
1	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	6	FEMENINO	CS LAS PIÑAS	HIDROCEFALIA + PCI
2	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	22	FEMENINO	CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL TRES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, EPILEPSIA, ASMA BRONQUIAL
3	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	15	MASCULINO	CS 22 DE NOVIEMBRE	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL POR HIPOXIA CEREBRAL
4	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	13	FEMENINO	CS 22 DE NOVIEMBRE	SINDROME DE CORNEJO DE LANG, ASMA, PCI, CONVULSIONES
5	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	12	FEMENINO	CS 22 DE NOVIEMBRE	HIDROCEFALIA, PARPLEJIA, PCI
6	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	26	MASCULINO	CS LOS PINOS	ENCEFALOPATIA
7	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	18	FEMENINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
8	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	20	MASCULINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
9	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	22	FEMENINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
10	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	23	FEMENINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
11	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	27	MASCULINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
12	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	44	FEMENINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
13	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	27	FEMENINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
14	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	21	MASCULINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
15	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	44	MASCULINO	CS. LOS VERGELLES	CUADRIPLÉJIA FLACIDA
16	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	20	MASCULINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
17	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	24	FEMENINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
18	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	10	FEMENINO	CS. LOS VERGELLES	OSTEOGENESIS IMPERFECTA
19	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	24	MASCULINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
20	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	26	MASCULINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
21	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	27	MASCULINO	CS. LOS VERGELLES	PARALISIS CEREBRAL INFANTIL
22	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	24	MASCULINO	CS. LOS VERGELLES	TRAUMA CRANEO ENCEFALICO CON LESION CEREBELOSA DIFUSA
23	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	10	MASCULINO	CS. LOS VERGELLES	EPIDERMOLISIS BULLOSA DISTROFICA
24	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	29	MASCULINO	CS. ROBERTO ASTUDILLO	SECUELA D EHEMORRAGIA INTRACEREBRAL
25	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	79	MASCULINO	CS CARRIZAL	CA DE PROSTATA
26	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	66	MASCULINO	CS MARISCAL SUCRE	CA DE PROSTATA
27	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	11	FEMENINO	CS MARISCAL SUCRE	TUMOR MALIGNO DE CEREBRO. EXCEPTO LOBULOS Y VENTRICULOS
29	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	10	MASCULINO	CS 22 DE NOVIEMBRE	ENCEFALOPATIA SECUELAR CON PARALISIS CEREBRAL
30	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	55	FEMENINO	CS. LOS PINOS	TUMOR MALIGNO DEL ENDOCERVIX
43	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	90	FEMENINO	CENTRO DE SALUD MONOS	HTA, pleuresia, EPOC, escoliosis, Insuficiencia Respiratoria, Hipertension Pulm
49	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	2	MASCULINO	CENTRO DE ATENCION INTEGRAL TRES	ATROFIA MUSCULAR ESPINAL INFANTIL TIPO I
50	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	69	FEMENINO	CS. LOS PINOS	SECUELA DE HEMORRAGIA INTRACEREBRAL + CUADRIPLÉJIA ESPASTICA
51	ZONA 5	MILAGRO	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANONIMIZADOS	DATOS ANON	59	MASCULINO	CS. LOS PINOS	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA

Anexo 2 check list de verificación

		UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS					
Tema: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE ATENCIÓN MEDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES, Y LA APLICACIÓN DE LA GUÍA PRACTICA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE MILAGRO, 2022							
Instrucciones. El llenado del check list, se realizara mediante la revisión del las Historias Clínicas de los pacientes con enfermedades terminales, colocando si (SI) , no (NO) y/o no aplica (N/A)							
Objetivo: Establecer la relación entre calidad de atención médica en pacientes con enfermedades terminales, y la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los centros de salud del primer nivel de atención de Milagro, 2022.							
Este instrumento será aplicado mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes con enfermedades terminales, con la finalidad de establecer la relación entre la calidad de atención recibida durante la consulta y la aplicación de la guía practica clinca de cuidados paliativos en el primer nivel de atención de la ciudad de milagro							
Centro de Salud			Código del paciente			XXX--	
OBJETIVO	INDICADOR	PREGUNTA	ITEMS				
Identificar a la población en estudio de manera demográfica y grado enfermedad terminal del primer nivel de atención.	Edad	¿Cuál es la edad del paciente?	de 0 a 5 años	de 6 a 12 años	de 13 a 19 años	de 20 a 64 años	
	Sexo	¿Cuál es el sexo del paciente?	Hombre	Mujer			
	Etnia	¿Cuál es la etnia del paciente?	Blanco	Mestizo	Afroamericano	Montubio	
	Grado de enfermedad	¿Cuál es la gravedad de enfermedad?	Crónica	Progresiva	Avanzada	Incurable	
	Clasificación de la patología	¿Como se clasifico la enfermedad?	Pronóstico de vida limitado	Fase terminal			
				Oncológicas	Respiratoria	Cardiovascular	Renal
Identificar la calidad de atención medica brindada en los pacientes con enfermedades terminales en los centros de salud del primer nivel de atención.	Número de atenciones	Total, atenciones en recibidas desde en el último año	Ninguna	1 o 2	3 o 4	5 o 6	
	Atenciones	Nivel de atenciones en relación al tipo de enfermedad	Optimo	Regular	Insuficiente		
	Se valoró la astenia, anorexia y caquexia	Se valoró al paciente la presencia de la astenia, anorexia y caquexia	SI	NO			
	Valoración de síntomas respiratorios (disnea, tos, obstrucción de vena cava superior)	Se valoró al paciente la presencia de síntomas respiratorios	SI	NO			
	Valoración de síntomas digestivos: (estado de la boca; mucositis, boca seca, candidiasis, disfagia, náuseas y vómitos, estreñimiento, diarrea, obstrucción intestinal, ascitis, hipo)	Se valoró los síntomas digestivos	SI	NO			
	Se valoró la piel (úlceras, prurito)	Al paciente se le valoró la presencia problemas en la piel	SI	NO			
	Se valoró los síntomas urinarios	Se valoró al paciente la presencia de síntomas urinarios	SI	NO			
	Se valoró urgencias (hipercalcemia, astenia, anorexia, caquexia, deshidratación, hemorragias)	Al paciente se valoró urgencias medicas	SI	NO			
	Se valoró el apoyo psicosocial	Al paciente se le valoró las necesidades de apoyo psicosociales	SI	NO			
	Aplicación de acciones para la astenia, anorexia y caquexia	Se brindo tratamiento para la para la astenia, anorexia y caquexia	SI	NO	N/A		
Aplicación de acciones para los síntomas respiratorios (disnea, tos, obstrucción de vena cava superior)	Se brindo tratamiento para los síntomas respiratorios	SI	NO	N/A			
Determinar la aplicación de la guía práctica clínica de cuidados paliativos en los centros de salud del primer nivel de atención de Milagro.	Aplicación de acciones para los síntomas digestivos: (estado de la boca; mucositis, boca seca, candidiasis, disfagia, náuseas y vómitos, estreñimiento, diarrea, obstrucción intestinal, ascitis, hipo)	Se brindo tratamiento para los síntomas digestivos	SI	NO	N/A		
	Aplicación de acciones para la piel (úlceras, prurito)	Se brindo tratamiento para los problemas de la piel	SI	NO	N/A		
	Aplicación de acciones para los síntomas urinarios	Se brindo tratamiento para los síntomas urinarios	SI	NO	N/A		
	Tratamiento de urgencias (hipercalcemia, astenia, anorexia, caquexia, deshidratación, hemorragias)	Se brindo tratamiento para las urgencias medicas	SI	NO	N/A		
	Aplicación de acciones psicológicas	Se brindo apoyo psicológico	SI	NO	N/A		

Anexo 3. Informe de originalidad

30/3/23, 8:59

1. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN - MEJIA PEREZ ANDRES MOISES

Informe de originalidad

NOMBRE DEL CURSO

REVISIÓN ANTIPLAGIO - MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

NOMBRE DEL ALUMNO

ESTRADA PANCHO DANNY BOLIVAR

NOMBRE DEL ARCHIVO

1. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN - MEJIA PEREZ ANDRES MOISES

SE HA CREADO EL INFORME

30 mar 2023

Resumen

Fragmentos marcados	16	1 %
Fragmentos citados o entrecomillados	9	0,7 %

Coincidencias de la Web

minsalud.gov.co	5	0,3 %
salud.gob.ec	3	0,2 %
infogerontologia.com	1	0,1 %
universidadean.edu.co	1	0,1 %
slideshare.net	2	0,1 %
elnuevodia.com.co	1	0,1 %
redalyc.org	1	0,1 %
elsevier.es	1	0,1 %
scielo.org.co	1	0,1 %

<https://classroom.google.com/u/1/g/sr/NDkwOTY3Mzk1Nzgz/NDkwOTY3NzQzMDkz/1qS4q2GIN2gskBQO87JYRdk0ogotAIVsYlpPAu60VZc>

1/11

}

Anexo 4. Firmas de expertos que contribuyeron al análisis y validación del check list.

RUBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	100 - 80	MUY CONFIABLE
LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ITEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

Datos de Evaluador experto

NOMBRE: JESSICA PAOLA MATAMOROS VERA
TITULO ACADEMICO: MGS SALUD PUBLICA
TRABAJA: MSP ZONA 5
CI:0918895988
R. PROF. COD: 1024-2022-2502654
TELF. 0994690722



Firmado electrónicamente por:
**JESSICA PAOLA
 MATAMOROS VERA**

 FIRMA

RUBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	100 - 80	MUY CONFIABLE
LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ITEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

Datos de Evaluador experto

NOMBRE: Wendy Real Araujo
TITULO ACADEMICO: Especialista en atención primaria de salud
TRABAJA: Coordinación Zonal de Salud 5
CI: 1204578783
R. PROF. COD: 1017-13-86038049
TELF.



Firmado electrónicamente por:
**WENDY JOHANNA REAL
 ARAUJO**

 FIRMA

RUBRICA DE CONFIABILIDAD

APROBADO	100 - 80	MUY CONFIABLE
LEVES CAMBIOS	79 - 50	CONFIABLE
CAMBIAR ITEM	49 - 0	POCO CONFIABLE

Datos de Evaluador experto

NOMBRE: Jenny Campoverde Calle.

TITULO ACADEMICO: Especialista en Atención Primaria en Salud.

TRABAJA: Ministerio de Salud Pública

CI: 1205767260

R. PROF. COD: 2022

TELF. 0991253194



firmado electrónicamente por:
JENNY LEONOR
CAMPOVERDE CALLE

FIRMA

Anexo 5. Autorización de la institución para realizar la investigación



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - Salud
Implementación y Evaluación de Redes de Atención en Salud

Oficio Nro. MSP-CZ55-IERAS-2023-0004-O

Milagro, 31 de marzo de 2023

Asunto: SOLICITUD DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN (TRABAJO DE TITULACIÓN) MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA (TERCERA COHORTE)

Señor Licenciado
Andrés Moisés Mejía Pérez
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ55-AF-GDAU-2023-0309-B-El suscrito por el Lic. Andrés Mejía Pérez, Maestrante Salud Pública – UNEMI, que indica:

"Yo, ANDRÉS MOISES MEJIA PEREZ con Cédula de Identidad: 09288939392 con la egresado de la Universidad Estatal de Milagro, Maestría en Salud Pública aprobado por el CES solicito a usted comedidamente, en su calidad de máxima autoridad de la Coordinación Zonal 5 – Salud "RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES Y LA APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE MILAGRO, 2022." de la línea de investigación Salud pública, aplicación de las guías prácticas clínicas, calidad de atención médica: se me permita el uso de historias clínicas para fines educativos y realizar un check list de verificación de cumplimiento de la guía."

Posterior al análisis del tema a realizar, la Gestión Zonal de Implementación y Evaluación de Redes de Atención en Salud indica que es **FACTIBLE** la realización de este trabajo de titulación, con aras de apoyar el desarrollo profesional de los estudiantes ecuatorianos.

Cabe recalcar, que posterior a la realización del proyecto; se remita una copia digital de los resultados obtenidos a los siguientes correos electrónicos:

Luis.regalado@saludzonal5.gob.ec, con copia al Dr. Otto Menéndez
otto.mendez@saludzonal5.gob.ec.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dirección: Av. 17 de septiembre y Cristóbal Colón
Código postal: 091705 / Milagro-Ecuador. Teléfono: +593-4-3713-815
www.salud.gob.ec

* Documento creado electrónicamente por Copys



1/2

Oficio Nro. MSP-CZ-S5-ITERAS-2023-0004-D

Milagro, 31 de marzo de 2023

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Luis Enrique Regalado Morales
**RESPONSABLE DE LA GESTIÓN ZONAL DE IMPLEMENTACIÓN Y
EVALUACIÓN DE REDES DE ATENCIÓN EN SALUD**

Referencias:
- MSP-CZ-S5-AP-GDAU-2023-0309-E

Anexos:
- [A_msp-cz5-af-gdau-2023-0309-e.pdf](#)

Copias:
Señor Doctor
Otero José Manuel Vega
Especialista Zonal de Seguimiento a la Aplicación de Políticas de Salud, Módulos y Normas I

Señora Magister
Arcipílica María Solís Maza
Directora de Escuela de Salud
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



Dirección: Av. 17 de septiembre y Cristóbal Colón
Código postal: 091705 / Milagro-Ecuador. Teléfono: +593-4-2713-815
www.salud.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Gubec



22

Anexo 6. Informe del Tutor

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

INFORME DEL TUTOR

Milagro, 30 de marzo 2023

Sr. Ing.
Eduardo Espinoza S., Phd
Director de Posgrados

De mis consideraciones

Por medio de la presente certifico haber acompañado en el desarrollo del trabajo de Titulación en calidad de profesor tutor, al maestrante Lic. Andrés Moisés Mejía Pérez, con el tema: ***"RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES Y LA APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE MILAGRO, 2022."*** En el cual se realizaron 8 tutorías, las mismas que se encuentran registradas en el Sistema de Gestión Académica.

Además, notifico que el Trabajo de Titulación cumple con los parámetros de calidad y forma requeridos por el programa de maestría en Salud Pública, cumpliendo con el porcentaje de originalidad del 1 %.

Pongo de manifiesto que autorizo la entrega del documento desarrollado a los entes pertinentes para proceder a la revisión y posterior defensa del Trabajo de Titulación presentado por el maestrante.

Atentamente,



ND. Danny Estrada Pancho, Msc.
C.I. 0604140640

Anexo 7. Registro de acompañamiento del tutor

Milagro, 30 de marzo del 2023

REGISTRO DE ACOMPAÑAMIENTOS

Inicio: 02-02-2023 Fin 29-03-2023

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARRERA: MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

TEMA: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES Y LA APLICACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE MILAGRO, 2022.

ACOMPAÑANTE: ESTRADA PANCHO DANNY BOLIVAR

DATOS DEL ESTUDIANTE		
APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	CARRERA
MEJA PEREZ ANDRES MOISES	0925892932	MAESTRIA EN SALUD PUBLICA EN MODALIDAD PRESENCIAL

N°	FECHA	HORA		N° HORAS	DETALLE
1	04-02-2023	Inicio: 09:00 a.m.	Fin: 11:00 a.m.	2	RESUMEN E INTRODUCCIÓN
2	05-02-2023	Inicio: 16:00 p.m.	Fin: 18:00 p.m.	2	REVISIÓN DEL CAPÍTULO 1 Y LINEAMIENTOS PARA LA ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO 2
3	26-02-2023	Inicio: 08:30 a.m.	Fin: 10:30 a.m.	2	REVISIÓN DEL CAPÍTULO 3 Y LINEAMIENTOS PARA LA ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO 4
4	05-03-2023	Inicio: 16:30 p.m.	Fin: 18:30 p.m.	2	REVISIÓN DEL CAPÍTULO 4
5	09-03-2023	Inicio: 16:30 p.m.	Fin: 18:30 p.m.	2	REVISIÓN DEL CAPÍTULO 4 Y LINEAMIENTOS PARA LA ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO 5
6	10-03-2023	Inicio: 09:00 a.m.	Fin: 11:00 a.m.	2	REVISIÓN DEL CAPÍTULO 5
7	10-03-2023	Inicio: 09:30 a.m.	Fin: 11:30 a.m.	2	REVISIÓN DEL CAPÍTULO 3 Y LINEAMIENTOS PARA LA ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO 3
8	24-03-2023	Inicio: 16:00 p.m.	Fin: 19:00 p.m.	3	REVISIÓN DE TRABAJO FINAL DE TESIS



ESTRADA PANCHO DANNY BOLIVAR
PROFESOR(A)

Edif. Universitari a Dr. Balmuto Hincolá Murillo,
Km 15 vía Milagro - Vía San de Pablos

www.unemi.edu.ec

UNEMI Ecuador
[Social media icons]

UNEMI
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

¡Evolución académica!