

Ciclo de Complementación Curricular
Licenciatura en Enfermería
Trabajo Final Integrador

Autoras: Carina Violeta Velásquez
Lorena Castro

**CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA SOBRE LOS CUIDADOS A SUJETOS DE
ATENCIÓN EN LA ETAPA FINAL DE LA VIDA, EN EL
SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DE UNA INSTITUCIÓN
PÚBLICA, DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, EN
EL PERIODO JULIO- DICIEMBRE DE 2021**

2022

Tutoras: Lic. Susana Bustamante

Citar como: Velásquez CV, Castro L. Conocimientos que tienen los profesionales de enfermería sobre los cuidados a sujetos de atención en la etapa final de la vida, en el servicio de clínica médica de una institución pública, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo julio-diciembre de 2021. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2022. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/2722>

1.INTRODUCCIÓN

2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

3.OBJETIVOS

3.1.OBJETIVOS GENERALES

3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4..HIPÓTESIS

5.JUSTIFICACIÓN

6.MARCO TEÓRICO

6.1 CONOCIMIENTO

6.1.1 TIPOS DE CONOCIMIENTO 63

6.2 CUIDADO

6.2.1 TEORÍA DEL CUIDADO

6.2.2 TEORÍA DE ENFERMERÍA VIRGINIA HENDERSON

6.3 CUIDADOS PALIATIVOS

6.4 .DOLOR

6.4.1 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

6.4.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL DOLOR

6.4.3 ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR

6.5 ESCALERA ANALGESICA

6.5.1 CLASIFICACIÓN DE ESCALERA ANALGESICA

6.5.2 VIAS DE ADMINISTRACION DE ANALGESICOS

6.5.3 ACCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE LA SEDACIÓN PALIATIVA.

6.6 CONTROL DE SIGNOS.

6.6.1 VÓMITOS

6.6.2 DISNEA

6.6.3 CONSTIPACIÓN.

6.7 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR.

6.7.1 TERAPIAS FÍSICAS.

6.7.2 TERAPIAS PSICOENERGÉTICAS.

6.7.3 T.A.C.A(TERAPIA ASISTENCIAL CON

6.8 VIAS DE ADMINISTRACION DE FARMACOS

6.8.1 VÍA ORAL

6.8.2 VÍA PARENTERAL SUBCUTÁNEA

6.8.3 HIPODERMOCLISIS.

7. METODOLOGÍA

7.1 DEFINICIÓN NOMINAL

7.1.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL

7.1.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

7.2 METODOS Y TECNICAS

8. PLAN OPERATIVO

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

10.ANEXO

1. Introducción

El presente proyecto de investigación trata sobre qué conocimiento tienen los profesionales de enfermería sobre los cuidados a sujetos de atención en la etapa final de la vida.

Según la RAE(2014), muerte se define como ,cesación o término de la vida , Las personas "conviven" con el miedo a la muerte, pero pueden posponer el plantearse el problema, que les resulta angustioso en sumo grado: así se defienden de la ansiedad que les crea. Los profesionales de Enfermería, por nuestras responsabilidades inherentes, estamos continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas. Esta confrontación a menudo resulta dolorosa o difícil, pero debemos encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar nuestros sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo las necesidades del paciente con enfermedad terminal.

Estas necesidades tienen resolución a través de los cuidados paliativos, tienen por objeto proporcionar el mayor grado de bienestar al enfermo tanto en su aspecto físico, emocional, social y espiritual, por lo que tienen que adaptarse a las características individuales y a los cambios que se producen conforme evoluciona la enfermedad. La Sociedad Española de cuidados Paliativos(2014), propone una guía de cuidados cuyos instrumentos principales son: control de signos y síntomas ,apoyo emocional y comunicación con el enfermo , familia y equipo terapéutico y trabajo interdisciplinar enfatizando la importancia de disponer de un conocimiento científico y habilidades en cada uno de estos aspectos que constituyen verdaderas disciplinas científicas.

Este proyecto de investigación es un estudio cualitativo de tipo descriptivo de modo transversal.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué conocimientos tienen los profesionales de enfermería sobre los cuidados a sujetos de atención en la etapa final de la vida, en el servicio de clínica médica

de una institución pública, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo julio- diciembre de 2021?

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir qué conocimientos tienen los profesionales de enfermería sobre los cuidados a sujetos de atención en la etapa final de la vida en el servicio de clínica médica de una institución pública, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo de julio a diciembre del 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Identificar los conocimientos sobre el manejo de la escala del dolor que tienen los profesionales de enfermería sobre cuidados a sujetos de atención en la etapa final de la vida en el servicio de clínica médica de una institución pública, de la ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo de Diciembre 2021 a septiembre 2022

-Identificar si el personal de enfermería tiene conocimiento sobre la escalera analgesica en sujetos de atención en la etapa final de la vida en el servicio de clínica médica de una institución pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo de diciembre 2021 a septiembre de 2022

-Identificar qué conocimiento tienen los profesionales de enfermería sobre el control de signos en sujetos de atención en la etapa final de la vida en el servicio de clínica médica de una institución pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo de diciembre 2021 a septiembre de 2022

-Identificar qué conocimiento tienen los profesionales de enfermería en el tratamiento no farmacológico del dolor en sujeto de atención en la etapa final de la vida en el servicio de clínica médica de una institución pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo diciembre 2021 a septiembre 2022

-Identificar los conocimientos de los profesionales de enfermería entre el estímulo físico del dolor y su respuesta emocional en sujetos de atención en la etapa final de la vida en el servicio de clínica médica de una institución pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo de diciembre 2021 a septiembre 2022

4) HIPÓTESIS

Los conocimientos de los profesionales de enfermería son suficientes en términos cualitativos para producir cuidados durante la evaluación y medición de la escala del dolor, el empleo del tratamiento analgesico y terapias complementarias para paliar situaciones de dolor ,así como también lograr una mejor calidad de atención durante la etapa de finalización de la vida , acompañando , asistiendo y vigilando todas las necesidades del sujeto que atraviesa en esta difícil situación. .

5) JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial De La Salud define los cuidados paliativos como una modalidad asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares ,frente a los problemas generados por enfermedades que amenazan la vida ,a través de la prevención y el alivio del sufrimiento.

La mayoría de las veces ,los sujetos de atención que se encuentran en el área de cuidados paliativos no reciben los cuidados activos totales o integrales,que necesitan con enfermedades en fase avanzada y progresiva potencialmente mortal y que ya no responde a un tratamiento curativo.

El aporte que se pretende realizar con la investigación es contribuir a la capacitación del personal de enfermería con información sobre cómo la implementación de conocimiento relacionado con la atención al dolor,otros síntomas físicos, comunicación y apoyo emocional.

La investigación aportará conocimiento e información de utilidad al equipo de enfermería,de forma tal que pueda mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de la prevención y el alivio del sufrimiento.

6.MARCO TEÓRICO

6.1 EL CONOCIMIENTO

El conocimiento es la acción y el efecto de conocer es decir de adquirir información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón,el entendimiento y la inteligencia.Se refiere pues a lo que resulta de un proceso de aprendizaje.En otras palabras el conocimiento es definido como el conjunto de habilidades ,destrezas,procesos mentales e información adquirida por el

individuo. El conocimiento es cultural, es decir conforma cultura, es susceptible de expresarse y transmitirse a través del lenguaje, es codificado, ya que requiere de un código o lenguaje para su comunicación, orienta el pensamiento, el comportamiento y los procesos de decisiones de los seres humanos, es un fenómeno complejo determinado por variables biológicas, psicológicas y sociales. El conocimiento se construye desde la primera infancia y acompaña el proceso de desarrollo de la persona, influyendo en su comportamiento y capacidades para resolver problemas. El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, de donde llega al entendimiento, y de allí pasa al proceso racional de análisis y codificación de la información(1)

6.1.1 TIPOS DE CONOCIMIENTO

En la evolución del conocimiento enfermería se reconocen dos paradigmas: el empirista y el interpretativo. Ellos representan visiones del desarrollo del conocimiento y de la realidad opuesta. El empirismo se basa en supuestos de lo que se conoce se puede verificar por los sentidos. La suposición ontológica del empirismo es que hay una realidad que está afuera en algún lugar y que se puede validar por los sentidos. En este paradigma el conocimiento se desarrolla por la observación del mundo natural para verificar y justificar las teorías que describen, predicen y prescriben el accionar de enfermería. En enfermería este paradigma es útil porque facilita que se compruebe y valide la relación de las teorías y si esto resulta válido, esta se puede usar para explicar predecir y prescribir principios que son esenciales e importantes para la práctica clínica. En este paradigma los profesionales de enfermería ven, analizan y comprenden el comportamiento de un fenómeno que se explica por el comportamiento del otro que lo precede tanto en el tiempo como en el espacio. Sin embargo la mayoría de los modelos de enfermería, los más tradicionales han sido validados por el paradigma empirista.

En este mundo globalizado, a escala mundial es creciente la comunicación e interdependencia entre las distintas disciplinas y profesiones, uniendo sus avances científicos y tecnológicos en la sociedad de conocimiento y culturas del

saber ,donde es pertinente rectificar ,transformar y transmutar el accionar profesional de enfermería en base a sustentos teóricos,epistémicos y ontológicos ,que guíen cada actividad de cuidado que se ofrece a un cliente con demandas hoy día más exigentes,en relación a su derecho de salud.

Los profesionales de enfermería mediante el paradigma interpretativo ,existen en todo momento con sus pacientes,usando el razonamiento crítico.Trabaja con el individuo familia y comunidad,donde se requiere hacer un profundo vínculo de lo teórico con lo práctico,mediante el razonamiento crítico de cada una de las acciones de cuidado,para vivenciar en los clientes sus experiencia de vida ,sus experiencias de sufrir el dolor.

6. 2.CUIDADO

El cuidado de los sujetos de atención es la esencia de la profesión de enfermería,el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conversación,restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente(1)

Es sabido que el cuidar,es una actividad indispensable para la supervivencia,desde que la humanidad existe,el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.

El cuidado de los sujetos de atención representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida,de tal forma,el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona(individuo,familia,grupo y comunidad),que en continua interacción con su entorno,vive experiencias de salud.(2)

Para comprender y sensibilizarse ante la importancia del cuidado de enfermería, es necesario identificar el origen y conceptualización del cuidado, el cual surge en la etapa doméstica durante el siglo XVIII, definiéndose como un acto instintivo femenino para la protección de las familias, ya que era la presencia comprensiva y respetuosa de las mujeres quienes lograban el bienestar de los seres humanos que lo rodean. Al continuar con la historia, se llega a las sociedades arcaicas superiores (entre la prehistoria y el mundo clásico) en donde la responsabilidad del cuidado recae en los sacerdotes y escribas, hombres cultos que vivían en los templos y eran mantenidos por el pueblo. (3)

Fue hasta la aparición de Florence Nightingale quien surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado. (4)

La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social o espiritual. Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, la familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad. (5)

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por el que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera/o creativa/o cuyo ser es trascendente.

Otro aspecto que es necesario resaltar en el contexto de cuidado, es el referente a las características personales de la enfermera, ya que uno de los problemas serios es que en ocasiones se trata a los pacientes como patologías o número de cama y no como una persona, por esto es importante considerar que el ser humano es una persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetando por sí mismo, y no puede quedar reducido a un instrumento en beneficio de otros. El cuidado de todo sujeto de atención, tiene como fin curarse, mejorar sus condiciones de salud o su supervivencia, y por tanto, se debe respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos.

Se puede agregar a lo anterior, que el cuidado profesional de enfermería conlleva a una serie de repercusiones positivas tanto para los pacientes, como para los mismos profesionales de enfermería así como las instituciones donde se presta el servicio, de aquí la importancia de brindar un cuidado personalizado de enfermería. En los pacientes: a recibir una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente; eliminar o reducir las molestias que se pudieran provocar por actividades de enfermería; mejorar la comunicación y relación enfermero-paciente, que el paciente se encuentre mejor informado para la toma de decisiones sobre su salud. A los profesionales de enfermería: una práctica profesional competente y responsable; potenciación de la capacidad de decisión y autocontrol del trabajo; toma de conciencia y compromiso con el cambio; fortalecimiento del sentido de identidad y pertenencia hacia la profesión; incremento en la satisfacción profesional y laboral. A la institución: incrementó en la satisfacción del usuario, certificación hospitalaria, fortalecimiento de la imagen institucional ante la sociedad, mayor productividad, eficiencia y eficacia; menor riesgo de demanda por mala calidad de atención; reconocimiento de calidad; mayor control de costos por la prevención de errores; mantenimiento de la calidad del servicio. (6)

De tal forma, el cuidado se define como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamente en la relación terapéutica enfermera-paciente.

6.2.1 TEORÍAS DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA.

En la actualidad la humanización en los hospitales es una necesidad que demandan los usuarios como parte de un derecho. Es aquí que las políticas de salud están enfocadas a establecer normas legales que aseguren el buen trato al usuario. El ser humano cuando sufre deterioro de su salud requiere de ayuda y cuidados profesionales para lograr la adaptación, explicaciones acerca de cómo

abordar los procesos de salud y de cómo vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad y de los procesos de atención hospitalaria. Es aquí la necesidad de que los profesionales de la salud comprendan que el paciente necesita participar de sus cuidados conjuntamente con la familia. El usuario exige hoy en día el reconocimiento de su derecho como un acto de dignidad para recibir una atención en salud, de tal manera que el se sienta valorado como persona en su dimensión humana.(7)

La Organización Mundial de la Salud(OMS) ,ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: "trato humanizado a la persona sana y enferma". Este organismo enfatiza que la humanización "Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida". Por todo ello el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conversación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermero-paciente. De tal forma que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado , en los pacientes. (8)

Según la Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson, está sustentada la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas del quehacer enfermero: gestión, asistencia, formación, docencia e investigación. El cuidado transpersonal es una forma singular que aborda el enfermero, es "una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana", lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica(9).

El cuidado humanizado representa una guía iluminadora y el apoyo a la práctica por su beneficio en cultivar una conciencia de cuidados, y el establecimiento de

una relación terapéutica fuerte y sostenible; por lo que el cuidado representa el quehacer de enfermería, basado en valores humanísticos con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida(10)

La satisfacción percibida por el paciente es un producto de la atención hospitalaria y un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados que se presentan a través de un cuidado humanizado.

La teoría de Watson sobre el cuidado humanizado se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico, con base espiritual, del cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería. La filosofía de Jean Watson sostiene que el cuidado humano comprende un compromiso moral (proteger y realzar la dignidad humana); va más allá de una evaluación médica, la experiencia, percepción y la conexión: (mostrando interés profundo a la persona). El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar la calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado(11).

El cuidado humanizado basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezcan una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivos, sociales y espirituales. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidar familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. El cuidado humano implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quien es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento(12)

6.3- CUIDADOS PALIATIVOS:

Atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o potencialmente mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su reporte del año 2002, define a los cuidados paliativos como "una modalidad asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, frente a los problemas generados por enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Implica la identificación temprana, la evaluación precisa y el tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

La Sociedad Española De Cuidados Paliativos (SECPAL) dice que los cuidados paliativos "son los cuidados activos, totales e integrales que se proporcionan a los pacientes con una enfermedad en fase avanzada y progresiva, potencialmente mortal y que ya no responde a un tratamiento curativo".

Los cuidados paliativos fueron creados para asistir enfermos (en cualquier etapa del ciclo vital) con patologías incurables, crónicas en estadio avanzado, como ser: cardiopatías, enfermedades respiratorias, hepáticas, renales, infecciosas, neurológicas degenerativas, con limitación funcional progresiva.

La OMS completa su definición con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas. Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso natural. No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte. Integrar en el cuidado del paciente, los aspectos espirituales y psicológicos. Ayudan a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte. Ayudan a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo. Mejorar la calidad de vida y pueden influenciar positivamente en el curso de la enfermedad. Son aplicables de forma conjunta con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia.

Los cuidados paliativos intentan ofrecer una respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de los enfermos y familiares con una enfermedad severa, avanzada y terminal. Sus objetivos fundamentales son: Atención del dolor, otros síntomas físicos y a las necesidades emocionales, sociales, espirituales y aspectos prácticos del cuidado de enfermos y familiares. Información, comunicación y apoyo emocional, asegurando al enfermo ser escuchado, participar en las decisiones, obtener respuestas honestas y claras también expresar sus emociones. Asegurar la continuidad asistencial a lo largo de su evolución, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados. Lo ideal sería que los cuidados paliativos se inicien en las fases tempranas de una enfermedad que amenaza la vida puede existir un espacio para la aplicación de medida paliativa junto al tratamiento curativo.

6. 4 DOLOR

La Asociación Internacional Para El Estudio Del Dolor definió el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable ,asociada a una lesión tisular real o potencial”La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nociceptores)y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares,la nocicepción puede estar influida por otros factores(psicológicos).El dolor suele estar relacionado con algún tipo de lesión(por ejemplo retirar inmediatamente la mano de un lugar que arde).El dolor es una sensación molesta que limita la habilidad y la capacidad de las personas para realizar actividades cotidianas.La intensidad del dolor puede ser leve; una molestia localizada o un dolor muy intenso. Es frecuente que el personal de enfermería siga aferrado a creencias obsoletas,conceptos incorrectos y errores acerca de los pacientes con dolor,entre ellos el miedo a la adicción.Los factores que contribuyen a estas actitudes incorrectas son la falta de conocimiento sobre el proceso doloroso,un exagerado temor a la adicción y a la depresión respiratoria,la negación del dolor y su intensidad y el desconocimiento de la farmacología de los medicamentos,y de los mecanismos de otros métodos terapéuticos.Los profesionales de salud suelen asumir que son ellos los que saben del dolor. El personal médico y de enfermería discuten sobre la cantidad de dolor que un paciente puede estar sufriendo. Frases como “ya no debería dolerle tanto,hace 3 días que fue operado” o “no debería recibir tanta medicación ya que son demasiado frecuentes las tomas”. Sin embargo,los factores que afectan a la respuesta de cada paciente,como la experiencia previa,la cultura,o la ansiedad,hacen que la percepción del dolor sea distinta en cada caso.Dado que el dolor es una experiencia subjetiva la única autoridad es el propio paciente y no los profesionales de salud. Un objetivo fundamental del personal de enfermería es el de establecer un lazo de confianza y relación con el paciente;la frase de apoyo,con solo decir al paciente “creo que le duele y haré lo posible para aliviarlo”, reduce significativamente la ansiedad del paciente. Para controlar el dolor, lo primero que hay que hacer es identificarlo, el personal de enfermería suele ser el primero en identificar el problema. Se debe valorar el dolor de la forma adecuada y comunicar esta información al resto del equipo.

6.4.1-CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración,patogenia,localización, curso,intensidad,factores pronósticos de control del dolor y finalmente según la farmacología.

A-Según su duración:1-Agudo: limitado en el tiempo,con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de vísceras huecas ,el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.2-Crónico: limitado en su duración,se acompaña de componentes psicológicos Es el dolor típico del paciente con cáncer.

B-Según su patogenia:B1-Neuropático: producido en forma directa por el sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante,quemante.B.2:Nociceptivos:se divide en somático y visceral .B.3:Psicógeno: Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo.

C.Según la localización:C.1: Somático:Es un dolor localizado,punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos.El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas.El tratamiento debe incluir un antiinflamatorio no esteroide. C2: Visceral: Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo.

D-Según el curso:D1: Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece.D2:Irruptivo:Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable.

E-Según la intensidad: E1 Leve: Puede realizar actividades habituales. E2: Moderado: Interfiere con las actividades habituales E3: Severo: Interfiere con el descanso precisa opioides mayores.

6.4.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL DOLOR

Definir el dolor y hacerlo de tal manera que tenga una aceptación unánime es compleja, puesto que se trata de una experiencia individual y subjetiva a lo que se une el hecho de que no existe método científico que lo haga “medible”, y se acompaña la percepción de un heterogéneo grupo de matices y sensaciones que pueden incrementarla. Esta dificultad para evaluarla hace que se recurra a instrumentos que con el mínimo esfuerzo para el paciente, sean fácilmente comprensibles, que demuestren fiabilidad y validez, por ello, junto con la información que proporciona la historia clínica, se ha recurrido tradicionalmente a escalas: analógicas, verbal, numérica, gráfica, etc. Previamente al uso de estas escalas es necesario que el paciente entienda el significado y contenidos del cuestionario o de la escala, y su utilidad como herramienta de evaluación en la evolución de su sintomatología y en su aplicación para la toma de decisiones terapéuticas. El paciente ha de estar en condiciones cognitivas adecuadas que garanticen su capacidad para colaborar. El lenguaje ha de estar en concordancia con el nivel cultural del paciente y el médico valorador ha de puntuar sin interferir ni juzgar.

Escala visual numérica, comprende un rango entre el 0 que representa nada de dolor y el 10, que es el máximo de dolor escala visual análoga, el sujeto de atención al ser entrevistado se le muestra una línea numerada del 1 al 10 en donde marca su dolor en el número en que considere representa a la intensidad del dolor que siente escala verbal categórica se usa cuando el sujeto de atención no es capaz de cuantificar su dolor con las escalas anteriores escala visual análoga de caras o de expresión facial: este tipo de escala se utiliza en sujetos pediátricos y se representa con una serie de caras que expresan desde un dolor nulo hasta un dolor muy intenso

6.5 ESCALERA ANALGESICO

Medicamento usado para disminuir o eliminar el dolor. La palabra analgesia viene del griego procede del prefijo griego ?- ('carencia, negación') y ? (/algos/, 'dolor'). La escalera analgésica de la OMS: Se diseñó inicialmente para combatir el dolor oncológico. Sin embargo, en la actualidad se utiliza en la mayoría de pacientes que presentan dolor. Consiste en una graduación progresiva de la terapéutica analgésica de acuerdo con la respuesta obtenida por el paciente. Implica el empleo inicial de paracetamol y AINE, para pasar después a las asociaciones con opioides menores (codeína, etc.) y posteriormente a los opioides mayores (morfina, etc.).

6.5.1 CLASIFICACIÓN DE LA ESCALERA ANALGESICA

Esta escalera incluye desde los analgésicos no opioides , antiinflamatorios , no esteroides , a los opioides débiles y fuertes , agregando los adyuvantes.

Dentro de los no opioides podemos encontrar por ejemplo el , paracetamol , los antiinflamatorios como el ibuprofeno y la aspirina ,; entre los opioides débiles se encuentra la codeína y en los opioides fuertes algunos como la morfina .Estos analgesicos se utilizan junto con otros fármacos para potenciar el efecto analgesico , incrementar el alivio de determinados dolores (neuropático) .También se consideran adyuvantes aquellos fármacos que se prescriben para controlar los efectos adversos de los analgesicos , disminuyendo la toxicidad de los mismos

6.5.2 VIAS DE ADMINISTRACION DE ANALGESICOS

La vía oral es siempre la de elección. Las formas de liberación sostenida son útiles en el dolor crónico. Las formas efervescentes y las líquidas suelen dar lugar a concentraciones plasmáticas adecuadas con más rapidez que las formas sólidas. Se debe recordar que la tolerancia oral de los AINE mejora con la ingesta de alimentos y reduce los trastornos gastrointestinales. La vía parenteral es útil en caso de intolerancia oral o cuando sea preciso un efecto rápido. La vía rectal presenta una absorción más inexacta en comparación con otras vías. La vía tópica basada en el uso de parches es conveniente en el dolor crónico. En el caso de los AINE tópicos, se puede considerar que su eficacia es limitada y depende de la correcta realización del masaje.

6.5.3 ACCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE LA SEDACIÓN PALIATIVA

Estado de calma, relajación o somnolencia que causan ciertos medicamentos. Se puede usar la sedación para ayudar a aliviar la ansiedad durante los procedimientos médicos o quirúrgicos, o para ayudar a hacer frente a acontecimientos muy estresantes. Se pueden usar al mismo tiempo medicamentos que alivian el dolor. El objetivo más importante de los cuidados paliativos es la prevención y alivio del sufrimiento, y optimización de la calidad de vida. En algunos enfermos, particularmente en la última etapa de la vida, la fuente del sufrimiento son síntomas muy pronunciados e imposibles de tratar. La sedación en cuidados paliativos (sedación paliativa) es un procedimiento de último recurso en casos de enfermedad crónica y progresiva en la etapa terminal, cuando el paciente expresa que el sufrimiento es insoportable, y el personal médico ha agotado todas las posibilidades terapéuticas disponibles para aliviarlo. En tales casos es un procedimiento éticamente aceptado, que consiste en inducir una sedación farmacológica deliberada, que reduce el nivel de conciencia o mantiene la inconsciencia. En la toma de decisión sobre la sedación paliativa es importante la intención: eliminar o aliviar el sufrimiento, imposible de conseguir de otra manera, y no acortar/quitar la vida al paciente. Así pues, la

sedación paliativa no tiene nada en común con la eutanasia ni con el suicidio asistido. Sedación paliativa continua: se mantiene hasta el final de la vida del enfermo. Asegura la muerte bajo sedación o durante el sueño, del cual el enfermo no se despierta. Se usa con mayor frecuencia en las situaciones mencionadas más adelante. En enfermos en los que se prevé un tiempo corto de supervivencia (algunos días) y que sufren síntomas somáticos persistentes, resistentes al tratamiento y de gran intensidad (insoportables), entre ellos el más frecuente es una disnea sin alivio (sobre todo en enfermos en estado general grave con insuficiencia respiratoria), y con menor frecuencia el dolor. Como tratamiento de emergencia: de administración inmediata en situaciones repentinas, dramáticas, tales como hemorragia mortal de las vías respiratorias. En enfermos próximos a la muerte, con un trastorno del nivel de conciencia que les impide hablar y que transmiten señales no verbales de sufrimiento (intranquilidad motora, quejidos, muecas), que pueden ser signo de la existencia de un sufrimiento sin aliviar. A petición del enfermo, cercano a la muerte, que padece un pánico intolerable al sufrimiento durante la muerte y pide morir durante el sueño. Se puede considerar en enfermos terminales en situación de últimos días, con un sufrimiento existencial/espiritual (síndrome de desmoralización), imposible de controlar mediante otros métodos. Puede ser difícil de diferenciar de la depresión o puede coexistir con ella, por lo que la aplicación de la sedación paliativa en estos casos es muy controvertida (las consultas psiquiátricas repetidas, el apoyo espiritual y psicológico, así como las entrevistas familiares con participación del equipo interdisciplinar del hospice, pueden no siempre aportar una respuesta decisiva sobre una indicación incuestionable para la aplicación de sedación paliativa).

6.6 CONTROL DE SIGNO

Un signo es una manifestación objetiva de una enfermedad, es decir manifestaciones que pueden observarse mediante un examen físico o medirse con algún tipo de análisis. Algunos ejemplos de signos clínicos pueden ser: fiebre, enrojecimiento de alguna zona del cuerpo, secreción nasal, elevación de

los niveles de glucosa, vómito, etcétera. Problema físico o mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección.

Uno de los objetivos de los cuidados paliativos en los que se basa la atención de las personas con enfermedad oncológica es el de realizar un correcto control de síntomas.

La OMS propone entre otros puntos la valoración de la causa como paso previo al tratamiento, un tratamiento en función del mecanismo que provoca el síntoma, explicación al paciente de la fisiopatología del síntoma, discusión con el paciente de las diferentes opciones de tratamiento y explicación del tratamiento adecuado para el sujeto de atención y la familia. Se consideran estos puntos como los más importantes entre la propuesta de la OMS para un adecuado control de síntomas.

6.7 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Este tipo de tratamiento apunta a la utilización de terapias que se denominan complementarias y que pueden aplicarse en diferentes áreas y aspecto de sujeto de atención con respecto al tratamiento del dolor.

6.7.1 CLASIFICACIÓN TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

Resulta interesante definir en un primer momento los conceptos relevantes para evitar confusiones y delimitar el ámbito en el que se desarrolla el trabajo. Los términos medicina complementaria o medicina alternativa se refieren al conjunto de prácticas de atención de la salud que no forman parte de la tradición o la

medicina convencional de un país y no están plenamente integradas en el sistema de atención de salud dominante. Las terapias complementarias (TC) es un concepto ampliamente extenso, conocido tanto como terapias alternativas, medicina natural, medicina tradicional o medicina integrativa. Cuando se usa una de las terapias de medicina complementaria junto con uno de los tratamientos de medicina convencional, como quimioterapia, inmunoterapia, radioterapia y cirugía, se denomina terapia complementaria. Este concepto ha sido creado en Inglaterra y se adapta más a la realidad de su uso en los países desarrollados, debido a que los usuarios no la utilizan como una alternativa al tratamiento tradicional, sino como complemento al dicho tratamiento). Según el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB) (6), las TC son las actividades terapéuticas, intervenciones no agresivas que utilizan principalmente los medios naturales como el aire, el agua, la tierra, las plantas, el ejercicio, la dieta, etc. También se emplean las manos, la mente y la propia presencia del terapeuta en mecanismos de autocontrol mental del mismo cliente, dirigiendo la energía, la fuerza, el pensamiento positivo, aunque la tecnología ya se está introduciendo en este campo. La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) define las terapias complementarias como “el conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de manera individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. Terapias alternativas, serían aquel tipo de terapias que se usan solas o para reemplazar el tratamiento de medicina convencional la medicina tradicional. Si el término de medicina complementaria o alternativa se usa más en los países desarrollados, en cambio, el de medicina tradicional lo encontramos sobre todo en los países en desarrollo, como los países de África, donde el sistema de salud convencional es menos asequible. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina tradicional es un sumum de conocimientos, de habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, utilizadas con el fin de mantener la salud, prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar trastornos físicos y mentales. La medicina integrativa, el término de medicina integrativa es el más reciente y, probablemente, el más aceptado entre la comunidad médica; su particularidad

es que somete las prácticas de medicina complementaria y alternativa al método científico y valora sus indicaciones, aplicaciones y posibles efectos secundarios. Se centra en los métodos menos invasivos, menos tóxicos y menos costosos e incorpora modalidades de tratamiento convencional y complementario .

Según National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) ,la medicina integrativa combina terapias médicas formales junto a terapias de la medicina complementaria y alternativa para las cuales existen datos científicos de alta calidad sobre su seguridad y eficacia.Clasificación de las terapias complementarias,las terapias complementarias abarcan un grupo muy amplio de técnicas. Sin embargo, la clasificación realizada por el NCCAM parece ser la más completa.Según NCCAM, las TC se clasifican en cinco grupos :

Terapias de sistemas integrales o completos: Son las que se construyen en torno a sistemas completos de teoría y práctica, y se aplican principalmente en China e India. Incluyen la homeopatía, medicina naturista, medicina tradicional China, acupuntura, ayurveda.Terapias de la mente y cuerpo, se centran en las interacciones entre la mente,el cuerpo y el comportamiento, con el objetivo de usar la mente para influir en las funciones físicas y promover la salud: la meditación, yoga, musicoterapia,arteterapia y danza, kinesiología, ejercicios de respiración profunda, visualización Dirigida, hipnoterapia, relajación muscular progresiva, qi gong y tai chi. Prácticas de manipulación, basadas en el cuerpo hacen hincapié en las estructuras y sistemas del cuerpo, entre ellos los huesos y las articulaciones, los tejidos blandos y el sistema linfático y circulatorio: la terapia de masaje,quiropaxia/osteopatía, reflexología, shiatsu, etc.

Prácticas de manipulación de diversos campos de energía,son las terapias que usan campos de energía para influir en el estado de salud (terapia magnética o

terapia de luz) como: qi-gong o chi-kung, reiki, terapia biomagnética o con campos magnéticos. Prácticas biológicas, terapias que emplean sustancias naturales, como hierbas dietéticas, alimentos y vitaminas, flores, hojas, cortezas de árboles, frutas, semillas, tallos y raíces. Se destacan: la fitoterapia, terapia nutricional, tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas. Fuera de esta clasificación: Existen también otros tipos de terapias, terapias de movimiento, Basadas en el movimiento que se emplean para promover el bienestar físico, mental, emocional y espiritual, como el método de Feldenkrais, la técnica de Alexander, Pilates, la integración estructural de Rolfing y la integración psicofísica de Trager.

6.7 TERAPIAS FÍSICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Las terapias no farmacológicas son otras maneras de aliviar el dolor, aparte de los medicamentos. Las distintas personas reaccionan de forma diferente a este tipo de terapias. Si recibe tratamiento para el dolor, su apetito puede disminuir y es posible que le cueste dormir. Es posible que sienta que no tiene energía o capacidad para hacer cosas. El dolor también puede influir en su estado de ánimo y sus relaciones con los demás. El uso de terapias no farmacológicas puede ayudarle a calmar el dolor o a tener un mayor grado de control sobre su dolor. Esto podría mejorar la calidad de su vida. El calor ayuda a disminuir el dolor y los espasmos musculares. Aplique calor al área por 20 a 30 minutos cada 2 horas por los días que se lo indicaron. El hielo ayuda a disminuir la inflamación y el dolor. El hielo también puede contribuir a evitar el daño de los tejidos. Use una bolsa con hielo o ponga hielo triturado en una bolsa de plástico. Cubra con una toalla y aplíquelo sobre el área por 15 a 20 minutos cada hora según indicaciones. Terapia de masajes, puede contribuir a relajar la tensión muscular y calmar el dolor. La fisioterapia enseña ejercicios para contribuir a mejorar el movimiento, fortalecerse y aliviar el dolor. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET): Se trata de un dispositivo portátil de bolsillo a pilas que se pega a la piel. Por lo general se coloca sobre el área dolorida. Usa señales eléctricas leves y seguras para ayudar a controlar el dolor. En la estimulación de la médula espinal se implanta un electrodo cerca de la médula espinal durante

un procedimiento sencillo. El electrodo usa señales eléctricas leves y seguras para relajar los nervios que causan el dolor.

6.7.3 T.A.C.A (TERAPIA ASISTENCIAL CON ANIMALES)

Reúne un conjunto de dispositivos de trabajo con perros de terapia en diferentes centros asistenciales y locaciones de la Red de Servicios del Ministerio de Salud del GCABA. a través de los mismos ,se lleva a cabo la implementación de una práctica de probada eficacia para contribuir a la rehabilitación integral y la calidad de vida de personas que padecen algún tipo de trastorno mental severo(TMS).Terapia asistida con animales,proceso en el que hay un objetivo terapéutico preestablecido y articulado el tratamiento general bajo la dirección de profesionales,de modalidad individual o grupal,y evaluación sistemática.el objetivo es motivacional,educativo y recreativo,requiere personal técnico entrenado. No tiene objetivos prefijados ,ni tiempos estimados y su finalidad es recreativa.

6.8 VIAS DE ADMINISTRACION DE FARMACOS

Es la respuesta que manifiesta el sujeto de atención ante los diferentes tipos de dolor físico y su impacto emocional

6.8.1 VÍA ORAL

Se Trata de una guia de valoracion confeccionada por la universidad colombiana de medicina y psiquiatría para evaluar y confecciona un plan

de tratamiento efectivo para sujetos de atención en la etapa final de la vida

6.8.2. VÍA PARENTERAL SUBCUTÁNEA

de qué forma debe manejarse el equipo de salud frente a los síntomas emocionales y su aparición a través que avanza la enfermedad física

6.8.3 HIPODERMOCLISIS

Utilización de diferentes tratamientos para mitigar los signos y síntomas de los sujetos de atención en la etapa final de la vida .

7. METODOLOGÍA

DEFINICIÓN NOMINAL

El conocimiento es la acción y el efecto de conocer es decir de adquirir información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón, el entendimiento y la inteligencia. Se refiere pues a lo que resulta de un proceso de aprendizaje. En otras palabras el conocimiento es definido como el conjunto de habilidades, destrezas, procesos mentales e información adquirida por el individuo. El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, de donde llega al entendimiento, y de allí pasa al proceso racional de análisis y codificación de la información(1)

Según Rosita Daza de Caballero y Luz Stella Medina (2006), el cuidado es la atención oportuna de individuos enfermos, que en la gran mayoría de los casos requieren, una atención rápida, continua y permanente. Acción personalizada en la que los procesos se adaptan al contexto integral del paciente, se encuentra asociado a las dimensiones psicológicas, culturales, sociales y espirituales, resaltando la dimensión preventiva. (36)

La organización mundial de la salud (OMS) en su reporte del año 2002, define a los cuidados paliativos como “una modalidad asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, frente a los problemas generados por enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Implica la identificación temprana, la evaluación precisa y el tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”(37)

Según la OMS define el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial.

La escalera analgésica del dolor es un método diseñado por la OMS que sirve como guía para aliviar el dolor de los pacientes según la intensidad del síntoma. El tratamiento debe ir acompañado por médicos especialistas para evitar una sobredosis o generar una dependencia, entre otros posibles efectos.

El síntoma es un problema físico o mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección. Los síntomas no se pueden observar y no se manifiestan en exámenes médicos. Por ejemplo el dolor.

Se entiende por terapias no farmacológicas (TNF) "Cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante.

7.1.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Para el presente proyecto de investigación se considera que los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería sobre los cuidados a sujetos de atención en la etapa final de la vida tienen las herramientas eficaces para realizar la valoración del dolor, la utilización de la escalera analgésica, el control de síntomas, los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para el dolor y la aplicación de conocimientos ante el estímulo físico del dolor y su respuesta emocional. Realizando un adecuado diagnóstico y tratamiento dentro de la disciplina profesional de enfermería.

7.1.2 CUADRO OPERALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE COMPLEJA	DIMENSIONES	INDICADORES
-------------------	-------------	-------------

<p>CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL CUIDADO A SUJETOS DE ATENCIÓN EN LA ETAPA FINAL DE LA VIDA.</p>	<p>CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE ESCALAS DEL DOLOR.</p>	<p>- ESCALA VISUAL NUMÉRICA</p> <p>-ESCALA VISUAL ANÁLOGA</p> <p>-ESCALA VISUAL ANÁLOGAS DE CARAS O EXPRESIÓN FACIAL</p>
	<p>CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE ESCALERA ANALGESICA</p>	<p>-PRIMER ESCALON ,ANALGESICOS NO OPIOIDES Y ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINES)</p> <p>-SEGUNDO ESCALON ,ANALGESICOS OPIOIDES</p> <p>-TERCER ESCALON , ANALGESICOS OPIOIDES FUERTES</p>
	<p>CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL CONTROL DE SIGNOS EN LA ETAPA FINAL DE LA VIDA.</p>	<p>-VÓMITOS</p> <p>-DISNEA</p> <p>-.CONSTIPACIÓN</p>
	<p>CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR</p>	<p>-TERAPIAS FISICAS</p> <p>-TERAPIA PSICOENERGÉTICAS</p> <p>-TACA (TERAPIA ASISTENCIAL CON ANIMALES)</p>
	<p>CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS</p>	<p>-VÍA ORAL</p> <p>-VÍA PARENTERAL SUBCUTÁNEA</p> <p>- HIPODERMOCLISIS</p>

7.2 METODOS Y TECNICAS

El presente proyecto de investigación responde a un estudio de tipo cuantitativo de orden descriptivo y de corte transversal .

La técnica de recolección de datos que se utilizará es la confección de un cuestionario , con preguntas cerradas de múltiple opción .Es la técnica más adecuada para este proyecto porque aporta datos específicos sobre los conocimientos que poseen los profesionales de enfermería y cuales aplican para el alivio y tratamiento del dolor en sujetos de atención la etapa final de la vida .

La población a investigar aporta datos concretos para este proyecto de investigación , y le ofrecerá a la misma libertad de expresión y anonimato a través del cuestionario de ágil y sencilla realización .

ver cuestionario en anexo 1

No se tomará muestra de población , ya que la misma es finita , se trata del personal de enfermería de clínica médica de una institución pública de salud , de la ciudad autónoma de buenos aires en el periodo Marzo Agosto de 2022.

Se confeccionará una matriz de datos teniendo en cuenta el personal de enfermería del servicio de clínica médica , turno mañana , turno tarde , noche A, noche B y SADOFE .

Cada turno tiene un número de personal distinto , turno mañana 5 enfermeros , turno tarde 3 enfermeros , noche A 3 enfermeros , noche B 3 enfermos y SADOFE 4 ENFERMEROS .

Dicha matriz permite ordenar los datos de manera fácil y teniendo una perspectiva completa de las dimensiones e indicadores estudiados

ver anexo 3.

La herramienta de medición que se utilizará en este proyecto será una escala nominal la cual expresara la cualidad o atributo de la variable que se está estudiando a través de las respuestas cerradas que aporte el cuestionario .Se le asigna un valor de 3 para las respuestas afirmativas categorizando el conocimiento como favorable , un valor de 2 para las respuestas negativas categorizando al conocimiento como medianamente favorable y un valor de 1 para las respuestas NUNCA , categorizando al conocimiento como no favorable .

Los valores de codificación de las variables se obtienen a través de la aplicación de escala LIKERT en los cuales se valoran los conocimientos y aptitudes de los profesionales de enfermería .El cuestionario utilizado consta de 15 preguntas lo que determina que si el valor para el conocimiento favorable es 3 el valor máximo sería 75 , si el valor para el conocimiento medianamente favorable es 2 el valor máximo sería 50 y si el valor para el conocimiento no favorable es 1 , el valor máximo sería 25 .Esto aporta un valor del 70% de conocimiento que poseen los profesionales de enfermería para el alivio y tratamiento del dolor en sujetos de atención en la etapa final de la vida .

ver ponderación de datos anexo 2

Los datos obtenidos de las codificaciones del cuestionario, se los volcaran en una tabla de distribución de frecuencias, lo que permitirá ordenar el número de individuos que pertenecen a cada categoría antes mencionada.

Una vez obtenidos los datos se representarán un gráficos, en este proyecto se utilizara el gráfico de sector circular, permite indicar el área proporcional a la frecuencia con que se presenta la categoría.

Fuente: alumnos de la carrera de Ciclo Complementario Curricular de la Licenciatura de Enfermería . Universidad Isalud año 2022.

9. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1 Arias M. La ética y humanización del cuidado de enfermería. Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería; 2007. Recuperado de <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017>

2 Garzon N. Fortalecimiento de la Ética y Bioética en la Educación y en las prácticas de Enfermería. Bogotá: ACOPAEN; 1999.

3 Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Perú. Rev Ciencia Y Desarrollo, 2011; 13:1-9.

4 Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Rev Ciencia y enfermería. 2011; 17(3): 11-22.

5 Muñoz Y, Coral R, Moreno D, Pinilla D, Suárez Y. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. Rev Repertorio de Medicina y Cirugía. 2009; 18(4):246-250.

6 González L, Velandia A, Flores V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. CONAMED. 2009; (14):40-43.

7 Míguez Burgos, A., & Muñoz Simarro, D.. (2009). Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enfermería Global*, (16) Recuperado en 14 de junio de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200018&lng=es&tlng=es.

8 Solano Solano, A. A., & Bazán Sánchez, A. C. L. (2018). Experiencias de las estudiantes de enfermería en el cuidado a la persona al final de la vida - Chiclayo, Perú. 2016. *ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería*, 5(1), 51 - 62. <https://doi.org/10.35383/cietna.v5i1.10>

9 Figueredo Borda, Natalie, Ramírez-Pereira, Mirliana, Nurczyk, Selene, Diaz-Videla, Valeria. (2019). Modelos y Teorías De Enfermagem: Suporte para 10

Cuidados Paliativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(2), 22-33. Epub 01 de diciembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>

Sérgio, S., Ana, A., Eliza, E., Fabio, F., Zélia, Z., Silvana, S., & Flávia, F. (2015). Entender el sentido de los cuidados en enfermería. *Revista Cubana De Enfermería*, 31(3). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/619/133>

11 Orbezo A. y Astudillo W. (sf) *La enfermería y filosofía de los cuidados al final de la vida* <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/FILOSOFIA-DE-LOS-C.P.-Y-ENFERMERIA.pdf> [Archivo PDF]

12 Batriz Cantena J. (sf) *Cuidar a las personas en el proceso de morir* https://www.fundacionsjd.org/media/upload/pdf/jacinto-batiz-texto-digital_1551181915.pdf [Archivo PDF]

13 Zamora Calvo A. (sf) *El enfermo terminal y la muerte*

https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/paliativos/ENFERMO_TERMINAL_Y_LA_MUERTE.pdf [Archivo PDF]

14 Del Rio M.I y Palma A. (2007) *Cuidados paliativos historia y desarrollo*

<http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
[Archivo PDF]

15 Salud.gov.ar (2017) *Cuidados paliativos y atención integral de cronicidad avanzada* <https://salud.gov.ar/dels/entradas/cuidados-paliativos-y-atencion-integral-de-la-cronicidad-avanzada>

16 Nadal C.y Pincemin I. (2012) *Cuidados paliativos derechos al final de la vida*

http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/10_Nadal-1.pdf [Archivo PDF]

17 P. Bader (presidente), D. Echtele, V. Fonteyne, K. Livadas, G. De Meerleer, A. Paez Borda, E.G. Papaioannou, J.H. Vranken (2009) *Guia Clinica sobre el tratamiento del dolor*

<https://uroweb.org/wp-content/uploads/16-GUIA-CLINICA-TRATAMIENTO-DOLOR1.pdf> [Archivo PDF]

18 Dolor.com recuperado 2017 *Tratamiento farmacológico escala analgésica de la OMS*

<https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/manejo-y-tratamiento-del-dolor/tratamiento-farmacologico-escala-analgésica-oms>

19 Elsevier.com (2008) *Analgesico, clasificación y uso*

<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-analgesicos-clasificacion-uso-13126070>

20 Elsevier.com (2019) *Proceso de enfermería en el manejo del dolor*

<https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/proceso-enfermeria-manejo-del-dolor>

21 Ruiz García, M Gómez T, Córcoles Jiménez, Mr, Herreros Sáez, L, Segovia Gil, M, López S, J) Gómez Hontanilla, M. Villanueva Velasco, R, Martínez Fajardo, C, Olivares Mesas, M, Belmonte L, Nieto Mejías, L Corominas C, Castillo García, M. (2013) *Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados*

https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf [Archivo PDF]

22 Enfermería 21.com Silva Fhon J, Silva L.M, Partenasi Rodriguez R, , Carhuapoma Acosta M (2018) *Percepción de las Enfermeras sobre Cuidados Paliativos*

<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/284/percepcion-de-las-enfermeras-sobre-cuidados-paliativos-experiencia-con-pacientes-oncologicos/>

23 Rodriguez Rodriguez J, Zas Tabares V, Silva Rodriguez , Rojas Gonzalez M, Gonzalez Mora (2012) *La Enfermería y los cuidados Paliativos, una perspectiva desde geriatría*

<https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2012/ger123d.pdf> [Archivo PDF]

24 Blanco Tarrío E, Espinosa Almendro J.M, Carrera M, Rodríguez Lopez M, (sf) *Guía de Buena Práctica Clínica en Dolor y su Tratamiento*

https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dolor_0.pdf [Archivo PDF]

26 -Manual de enfermería oncológica.Módulo III.Cuidados paliativos.Instituto Nacional del Cáncer. Buenos Aires.2014

10.ANEXOS

ANEXO 1

La siguiente encuesta es, de carácter anónimo, tiene como propósito indagar si el personal de enfermería tiene conocimientos sobre los cuidados a sujetos de atención en la etapa final de la vida, en un servicio de clínica médica de todos los turnos durante su jornada laboral.

La información otorgada de esta encuesta es tratada como confidencial y su función es puramente académica.

Instrucciones: Conteste las preguntas indicando con una **X** su elección.

1 Utiliza alguna de las escalas como herramienta para medir el dolor ?

SI
NO
NUNCA

2 Recomienda la utilización de la escala visual numérica para la medición del dolor ?

SI
NO
NUNCA

3 Considera importante la utilización de las escalas del dolor como herramienta efectiva para una mejor atención a sujetos en la etapa final de la vida ?

SI
NO
NUNCA

4 En su lugar de trabajo se aplica la escalera analgesica para el tratamiento del dolor en sujetos de atención en la etapa final de la vida ?

SI
NO
NUNCA

5 ¿Puede reconocer cuales son los escalones de la escalera analgesica para ser utilizados en sujetos de atención según la manifestación del dolor de los mismos ?

SI
NO
NUNCA

6¿Usted utiliza para potenciar el efecto analgesico combinacion de escalones de la escalera analgesica ?

SI
NO
NUNCA

7 Usted puede reconocer cuales son los signos más frecuentes que aparecen en el sujeto de atención en la etapa final de la vida ?

SI
NO
NUNCA

8 En la valoración de la manifestación de los vómitos puede reconocer fácilmente tratamientos farmacológicos para aliviar este signo en sujetos de atención ?

SI
NO
NUNCA

9 Puede identificar causas de constipación en sujetos de atención en la etapa final de la vida ?

10 Usted aplica técnicas o tratamientos no farmacológicos para el tratamiento del dolor y el mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos de atención ?

SI

NO

NUNCA

11 Usted considera efectiva la aplicación de terapias físicas para el tratamiento y alivio del dolor ?

SI

NO

NUNCA

12 Considera que mejoraría el estado emocional del sujeto aplicando terapias psicoenergéticas o con inclusión de animales ?

SI

NO

NUNCA

13 Es la vía oral la mejor elección para la administración de fármacos ?

SI

NO

NUNCA

14 Utiliza la vía subcutánea para hidratación parenteral en sujetos de atención en la etapa final de la vida ?

SI

NO
NUNCA

15 Conoce la técnica de colocación de hipodermocclisis en su lugar de trabajo en los sujetos de atención ?

SI
NO
NUNCA

ANEXO 2

PONDERACIÓN DE DATOS

PUNTAJE	RESULTADO
DE 1 a 25 (4% 34%)	Conocimiento no favorable para realizar cuidados en la etapa final de la vida
DE 26 a 50 (37% , 67%)	Conocimiento medianamente favorable para realizar cuidados en la etapa final de la vida
DE 51a 75 (70%, 100%)	Conocimiento favorable para realizar cuidados en la etapa final de la vida

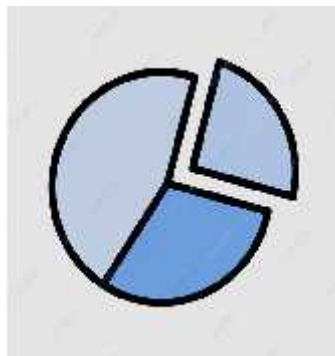
ANEXO 3

MATRIZ DE DATOS

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRÁFICO 1 ESCALA VISUAL NUMÉRICA

si
no
nunca

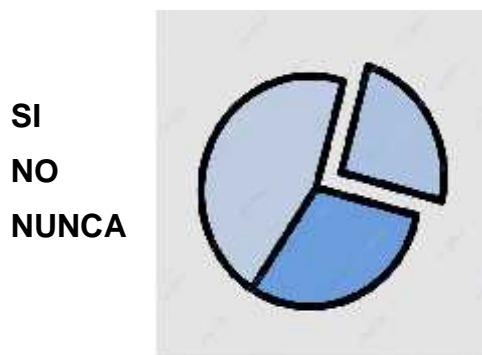


Fuente Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

TABLA 2 ESCALA VISUAL ANÁLOGA

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRÁFICO 2 ESCALA VISUAL ANÁLOGA



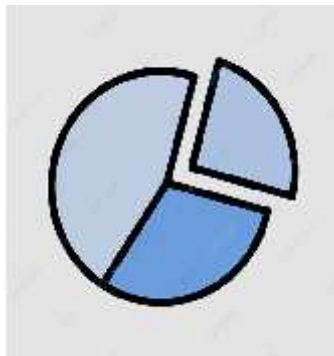
Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

TABLA 3 ESCALA VISUAL ANÁLOGA DE CARAS O EXPRESIÓN FACIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRÁFICO 3 ESCALA VISUAL ANÁLOGA DE CARAS O EXPRESIÓN FACIAL

SI
NO
NUNCA



Fuente: Personal de enfermería de clínica médica de la ciudad autónoma de Buenos Aires .

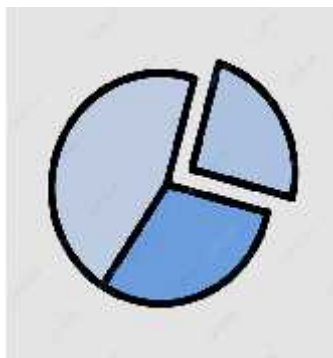
TABLA 4 PRIMER ESCALON DE ANALGESIA anlgescicos no esteroides

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA Y ACUMULADA
SI				

NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRAFICO 4 PRIMER ESCALON ANALGESICO analgesicos no esteroides

SI
NO
NUNCA



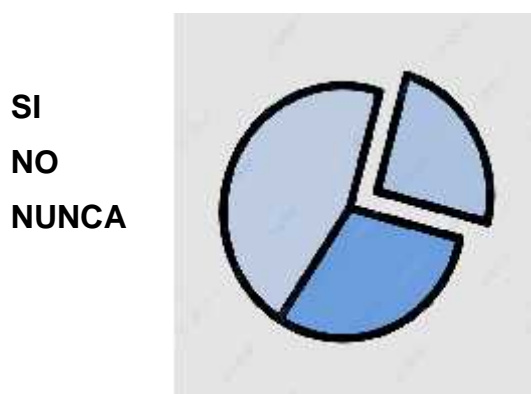
Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires .

TABLA 5 SEGUNDO ESCALÓN DE ANALGESIA opiáceos

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA Y ACUMULADA
SI				

NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRÁFICO 5 SEGUNDO ESCALÓN DE ANALGESIA opiáceos



Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

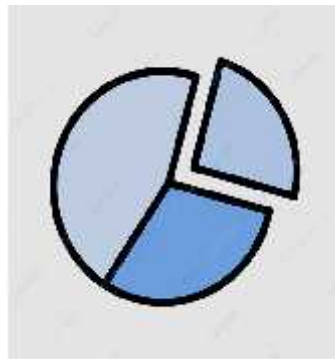
TABLA 6 TERCER ESCALÓN DE ANALGESIA opiáceos fuertes

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA Y ACUMULADA
SI				

NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRÁFICO 6 TERCER ESCALÓN DE ANALGESIA opiáceos fuertes

SI
NO
NUNCA



Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

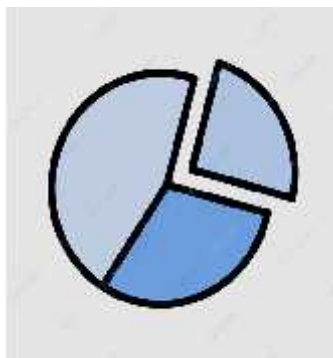
TABLA 7 VÓMITOS

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA
	A	A	A	A
		RELATIVA	ACUMULADA	RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE	

			PARTICIPANTES	100%
NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRÁFICO 7 VÓMITOS

SI
NO
NUNCA



Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

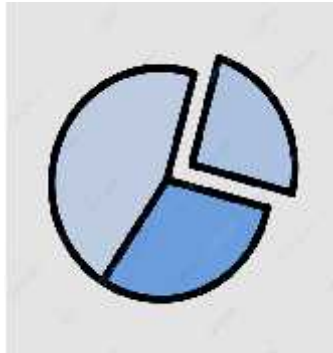
TABLA 8 DISNEA

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%

NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRÁFICO 8 DISNEA

SI
NO
NUNCA



Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires .

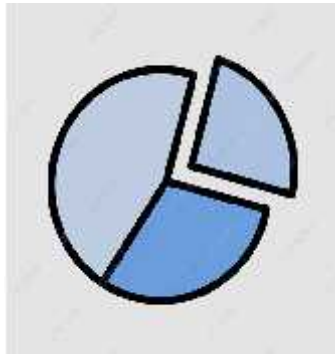
TABLA 9 CONSTIPACIÓN

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA
	A	A	A	A
		RELATIVA	ACUMULADA	RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%

NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRÁFICO 9 CONSTIPACIÓN

SI
NO
NUNCA



Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

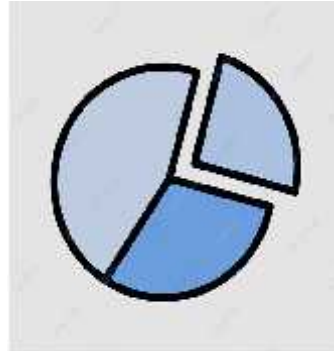
TABLA 10 TERAPIAS FÍSICAS

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				

TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		
--------------	--------------------------	-------------	--	--

GRÁFICO 10 TERAPIAS FÍSICAS

SI
NO
NUNCA



Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires .

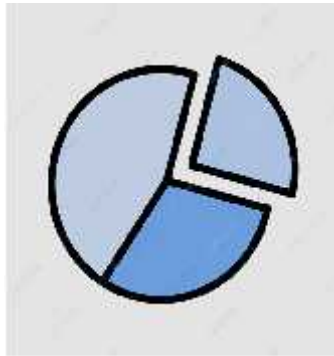
TABLA 11 TERAPIAS PSICOENERGÉTICAS

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA
	A	A	A	A
		RELATIVA	ACUMULADA	RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				

TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		
--------------	--------------------------	-------------	--	--

GRÁFICO 11 TERAPIAS PSICOENERGÉTICAS

SI
NO
NUNCA



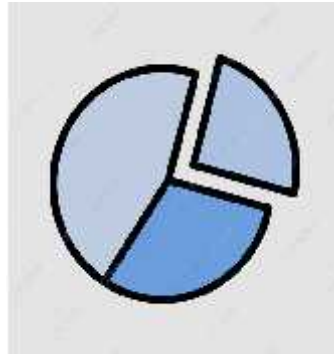
Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

TABLA 12 T.A.C.A. TERAPIA ASISTENCIAL CON ANIMALES

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA	FRECUENCIA
	A	A	A	A
		RELATIVA	ACUMULADA	RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRÁFICO 12 T.A.C.A. TERAPIA ASISTENCIAL CON ANIMALES

SI
NO
NUNCA



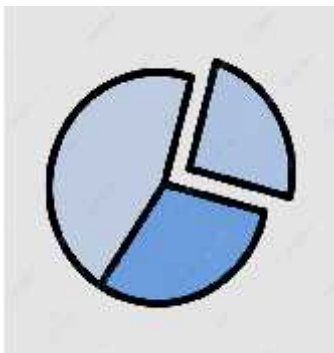
Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires .

TABLA 13 VÍA ORAL

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRAFICO 13 VIA ORAL

SI
NO
NUNCA



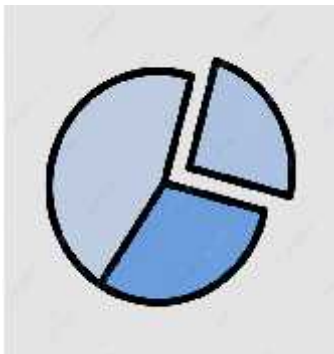
Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

TABLA 14 VÍA PARENTERAL SUBCUTÁNEA

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRÁFICO 14 VÍA PARENTERAL SUBCUTÁNEA

SI
NO
NUNCA



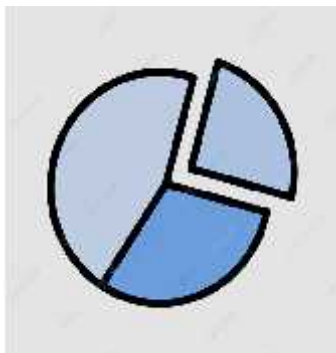
Fuente: Personal de Enfermería de clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

TABLA 15 HIPODERMOCLISIS

VARIABLE	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA Y ACUMULADA
SI				
NO			NÚMERO DE PARTICIPANTES	100%
NUNCA				
TOTAL	NÚMERO DE PARTIC.	100%		

GRÁFICO 15 HIPODERMOCLISIS

SI
NO
NUNCA



Fuente personal de Enfermería clínica médica de una institución pública de la ciudad autónoma de Buenos Aires .

ANEXO 5

NOTA DE AUTORIZACIÓN

Solicitud de autorización a la institución en donde se realizará el estudio de campo .

C.A.B.A.Febrero 2022

Solicitud de trabajo de investigación

Señores Directivos y Jefes de departamento

Dentro de la formación de grado de los futuros Licenciados en Enfermería de la Universidad Isalud, se considera muy importante la realización de un trabajo de investigación.

Por esa razón, es de nuestro interés solicitarles cordialmente el permiso como estudiantes del último año de dicha carrera para realizar un trabajo de campo en la Unidad de Clínica Médica de esta institución.

Este trabajo trata sobre los conocimientos que tienen los profesionales de Enfermería sobre cuidados a sujetos de atención en la etapa final de la vida .

El objetivo de esta petición es evaluar conocimientos específicos de tratamientos que se aplican a sujetos de atención en la etapa final de la vida ,y realizar una breve entrevista al personal de Clínica Médica I a través de un cuestionario, de carácter anónimo y tiene como propósito conocer la opinión y conocimiento que se tiene sobre los conocimientos de los los cuidados en la etapa final de la vida y posteriormente evaluar los resultados obtenidos.

Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su institución y que se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las actividades propias del sector y se asegurará la confidencialidad de los datos obtenidos cuyos resultados serán utilizados solamente con fines académicos.

Sin otro particular agradecemos su atención y quedamos a la espera de una favorable respuesta.

