



**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS EN
LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA
LITERATURA.**

AUTOR

Paula Andrea Tapias Pinto

ASESOR

Carlos Yesid Bernal

Maestría en Cuidado Paliativo

Facultad de Enfermería

Pontificia Universidad Javeriana

BOGOTA D.C



**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS EN
LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA
LITERATURA.**



**Calidad de vida de pacientes en cuidados paliativos en los servicios de
urgencias: una revisión integrativa de la literatura.**

REALIZADO POR

Paula Andrea Tapias Pinto

Trabajo de grado presentado a la Facultad de Enfermería

Como requisito parcial para optar al Grado de

Maestría en Cuidado Paliativo

Pontificia Universidad Javeriana

Mayo, 2021

Índice de Contenidos

Resumen	9
Lista de tablas	11
Lista de Figuras	12
Introducción	15
Capítulo I - El Problema	17
1.1.- Problemática del objeto de estudio	18
1.2.- Justificación	20
1.2.1.- Significancia Social	20
1.2.1.- Significancia Teórica	22
1.2.2.- Significancia Disciplinar	22
1.3.- Pregunta de Investigación	24
1.4.- Objetivos	24
1.4.1.- Objetivo general	24
1.4.2.- Objetivos específicos	25
Capítulo II - Marco Referencial	26
2.1.- Antecedentes de investigación	27
2.1.1.- Antecedentes Internacionales	27
2.1.1.1.- En primera instancia	27

2.1.1.2.- En segunda instancia	28
2.1.1.3.- En tercera instancia	28
2.1.2.- Antecedentes nacionales	29
2.1.2.1.- En primera instancia	29
2.1.2.2.- En segunda instancia.	30
2.1.2.3.- En tercera instancia	30
2.2.- Bases teóricas	31
2.2.1.- Cuidados Paliativos	31
2.2.2.- Antecedentes históricos de los cuidados paliativos	33
2.2.3.- Evaluación de los cuidados paliativos	35
2.2.4.- Principios de los cuidados paliativos	37
2.2.5.- Síntomas frecuentes en pacientes terminales	37
2.2.5.1.- Boca seca	38
2.2.5.2.- Disfagia	38
2.2.5.3.- Náuseas y vómitos	38
2.2.5.4.- Estreñimiento	38
2.2.5.5.- Pérdida de peso y apetito	38
2.2.5.6.- Insomnio	39
2.2.5.7.- Dolor	39

2.2.6.- Ética y legalidad de los cuidados paliativos en Colombia	40
2.2.7.- Hitos en el desarrollo de los cuidados paliativos	42
2.2.8.- Calidad de vida	43
2.2.9.- Contexto histórico de la calidad de vida	44
2.2.10.- Instrumentos de evaluación de la calidad de vida	45
2.2.11.- Evaluación de la calidad en salud	47
2.2.10.11.- Enfoque basado en el Usuario.	47
2.2.10.12.- Enfoque basado en el Proceso.	47
2.2.10.13.- Enfoque basado en el Producto.	47
2.2.12.- Componentes de la calidad en salud	47
2.2.12.1.- Componente técnico.	47
2.2.12.2.- Componente del entorno	48
2.2.12.3.- Componente interpersonal	48
2.2.15.- Enfermería	52
2.2.16.- Servicios de Urgencia	54
2.2.17.- Cuidados Paliativos en los servicios de urgencia	56
Capítulo III - Marco Metodológico	60
3.1.- Tipo de Estudio	61
3.2.- Etapas de desarrollo	61

3.2.1.- Ira. Etapa. Identificación del problema	62
3.2.2.- IIda. Etapa Búsqueda de literatura	62
3.2.3.- IIIra. Etapa Evaluación de datos	65
3.2.4.- IVta. Etapa. Análisis de datos	66
3.2.4.1.- Reducción de datos	66
3.2.4.2.- Visualización de datos	66
3.2.4.3.- Comparación de datos	66
3.2.5.- Vta. Etapa. Presentación de resultados	66
Referencias	67

Resumen

Introducción: Se pretendió conocer la calidad de vida de los pacientes receptores de cuidados paliativos, sobre la atención recibida durante su estadía en los servicios de urgencia.

Objetivo: Reconocer los hallazgos reportados en investigación sobre las variables que intervienen en la calidad de vida de los pacientes en cuidado paliativo durante su atención en los servicios de urgencias

Diseño: Investigación de tipo descriptivo y retrospectivo, correspondiente a una revisión integrativa de la literatura científica.

Población: La muestra del análisis estuvo compuesta por 27 publicaciones indexadas, tomadas de 6 bases de datos, seleccionadas a nivel nacional e internacional.

Resultados: Los resultados obtenidos se guiaron de acuerdo a los objetivos específicos establecidos en donde se ubica la información sobre la caracterización de los resultados obtenidos, los elementos que intervienen en la calidad de vida de los pacientes y la determinación de los conocimientos del personal sobre los cuidados paliativos

Conclusión: Se llegó a la principal conclusión que los cuidados paliativos es un área prácticamente nueva estando su formación aun en sus inicios incidiendo esto en que exista mucha desinformación por parte del personal que proporciona los cuidados paliativos.

Abstract

Introduction: It was intended to know the quality of life of patients receiving palliative care, regarding the care received during their stay in the emergency services.

Objective: To recognize the findings reported in research on the variables that intervene in the quality of life of patients in palliative care during their care in the emergency services

Design: Descriptive and retrospective research, corresponding to an integrative review of the scientific literature.

Population: The analysis sample consisted of 27 indexed publications, taken from 6 databases, selected nationally and internationally.

Results: The results obtained were guided according to the specific objectives established where the information on the characterization of the results obtained is located, the elements that intervene in the quality of life of the patients and the determination of the knowledge of the personnel about the palliative care

Conclusion: The main conclusion was reached that palliative care is a practically new area, although its training is still in its infancy, this being the case that there is a lot of misinformation on the part of the personnel that provides palliative care.

Lista de tablas

Tabla 1 Evolución de los Cuidados Paliativos en Colombia	42
Tabla 2 Descriptores DeCS de esta investigación	63
Tabla 3 Tipos de fuentes de búsqueda	64

Lista de Figuras

Ilustración 1 Contexto histórico de la calidad de vida	28
Ilustración 2 Calidad de Vida en el Mundo	30
Ilustración 3 Cecily Saunders, iniciadora de los cuidados Paliativos	33
Ilustración 4 Soporte integral al paciente de cuidados paliativos	35
Ilustración 5 Características de una buena enfermera	45

Agradecimientos

A mi familia, que estuvieron apoyándome en todo el proceso de formación y me impulsaron a tomar la decisión de elegir la maestría en cuidado paliativo como la mejor opción para ayudar a las personas que lo necesitan, y sin lugar a duda una herramienta para mejorar mis conocimientos no solo en mi experiencia como enfermera sino a mejorar como persona, manteniendo la empatía como requisito fundamental para entender que no siempre se trata de curar si no de ayudar a los pacientes y su familia a un buen morir.

A mis amigos que me brindaron en los momentos más difíciles su voz de aliento.

Y por último y no menos importante a los docentes que contribuyeron en mi formación como magister en cuidado paliativo y me ayudaron a entender y/o comprender la gran labor que es ayudar a los pacientes y su familia a mantener su calidad de vida durante todas las etapas de esta, incluso el morir con dignidad, respeto y amor que es en fin la finalidad de mi carrera como enfermera.

Gracias.



Dedicatoria

Dedico este trabajo a todos aquellos que contribuyeron en mi formación, principalmente a Dios, que es el pilar de mi vida y a mis papas (Juan Manuel Tapias Gómez y Ángela Yolima Pinto cao) a mi hermano (Juan Manuel Tapias Pinto) puesto que siempre estuvieron brindándome su apoyo durante la travesía que fue iniciar, mantenerme y finalizar la maestría en cuidado paliativo, puesto representan algo muy importante en mi existencia, y todos mis esfuerzos son por y para ellos.

Muchas Gracias

Introducción

Se entiende como cuidados paliativos la atención proporcionada por un equipo interdisciplinario (médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas) que se centra en mejorar la calidad de vida de los pacientes, mediante el tratamiento de sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y las de sus familiares. (1). La esencia del cuidado paliativo y el fundamento de la especialización misma es aliviar el sufrimiento de las personas que padecen una enfermedad terminal, teniendo como base el control de síntomas mediante el fomento de bienestar emocional, tratamientos farmacológicos, apoyo psicosocial, conservación de la autonomía y la preparación del paciente para una muerte como proceso normal de la vida.

Las intervenciones de cuidados paliativos se han asociado con mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes y la carga de sus síntomas; convirtiéndose en un aspecto central en la evaluación de cualquier programa avanzado de cuidados paliativos (2). En consecuencia, se han desarrollado herramientas de autoevaluación en un intento de cuantificar los cambios en la calidad de vida de los pacientes, con la dificultad de que estas mediciones no son el reflejo directo de condiciones objetivas, sino de la evaluación al individuo, de su bienestar físico, mental y social, de acuerdo a su percepción personal y social de felicidad, satisfacción y recompensa. Se ha establecido evaluar los servicios de salud recibida, mediante la determinación del nivel de satisfacción del paciente con respecto a la atención recibida.

Mediante esta investigación se pretendió identificar la calidad de vida de los pacientes atendidos específicamente en los servicios de urgencias, según lo reportado en la literatura con el fin de proponer acciones de mejora que traducirán en resultados significativos para la calidad de vida de los pacientes.

Capítulo I

1.1.- Problemática del objeto de estudio

Los cuidados paliativos son considerados por la Organización Mundial de la Salud (3), como una parte esencial de los sistemas de salud, sugiere que los gobiernos deberían implementar políticas de salud que aseguren su promoción y la formación adecuada de profesionales de la salud especializados, junto al acceso a medicamentos requeridos. (4). Los cuidados paliativos representan un elemento esencial en la atención a los pacientes con enfermedad terminal y sus familiares, estos surgen como respuesta a la necesidad insatisfecha de aliviar el sufrimiento de las personas que padecen una enfermedad terminal, a través del tratamiento integral de sus necesidades físicas, emocionales y las de sus familiares. Se asume la preservación de la vida como el objetivo a alcanzar en la mayoría de las situaciones clínicas.

Dicho objetivo no es válido en todos los contextos clínicos del cuidado de personas con enfermedad progresiva paliativa, por el contrario, frecuentemente es necesario aceptar que la prolongación de la vida es secundaria, a menudo inalcanzable y, a veces, ni siquiera es una meta, centrándose en el tratamiento del paciente alrededor de un conjunto de valores aplicables al final de la vida. Para los cuidados paliativos, la transición de un paciente desde el sufrimiento a un estado restaurado de calidad de vida ha sido reconocida como una meta cardinal, la satisfacción se entiende como un concepto multidimensional en el que se incluyen diferentes experiencias y procesos relacionados con la atención y grado en el que se han satisfecho sus expectativas y necesidades.

Este tipo de pacientes, según Hernández, al momento de ingresar a los servicios de cuidados paliativos, traen consigo una serie de tensiones tanto psicológicas, físicas y sociales tales como ansiedad, depresión, cólera, ira, negación, culpa, disminución de la autoestima, caracterizada por

el acontecer de la situación por la cual estén atravesando. (5). Por tal razón generan reacciones emocionales negativas, tales como el rechazo al personal de enfermería o por lo contrario dependencia absoluta hacia ellos. De ahí la gran importancia que representa la atención brindada a estos pacientes por el personal de enfermería, pues constituye un factor importante entre el usuario y los demás integrantes del equipo de urgencias, y es gracias a esta alianza dinámica que el paciente podría aminorar el conjunto de reacciones emocionales y psicológicas que se originan a partir del sufrimiento individual y familiar generado tanto por el pronóstico terminal en el paciente, como por el sufrimiento físico y mental a consecuencia de la enfermedad misma. Es en ese momento cuando se forma el proceso la percepción en el usuario sobre la calidad del servicio de salud dispensado por el personal de enfermería del servicio de urgencias, quienes son las que más influyen en la valoración que tenga el paciente sobre el servicio recibido.

En este aspecto se ha encontrado una relación directamente proporcional relacionada con la calidad de vida de los pacientes y el cuidado recibido en los servicios de urgencia y estadía por parte del personal de enfermería, y la mejora del estado de salud y calidad de vida del paciente y sus familiares, estos cuidados juegan un papel importante en la última etapa de la vida del paciente, ya que alivian tanto el dolor como los síntomas de su enfermedad, así como el estado psicológico y espiritual de este, lo que conlleva a una mejor calidad de vida del paciente y por ende de quienes lo rodean. Recibir cuidados paliativos competentes representa una acción humanitaria de la cual todos tienen derecho, estos son fundamentales para ofrecer al paciente terminal una vida digna y de calidad en sus últimos momentos, sin embargo, aún existe una gran desinformación sobre el tema, tal vez sea por lo novedoso del tema, dicho desconocimiento puede producir manejos incorrectos, trayendo como consecuencia insatisfacciones en pacientes y familiares. El objetivo

principal de los cuidados paliativos es elevar la calidad de vida del paciente y sus familiares, basada en el control de los síntomas, el soporte emocional, que le permitan obtener un bienestar, situación dónde la enfermera juega un papel fundamental, en especial cuando la expectativa médica no es la curación.

Por todo lo anterior y con intención de difundir la mejora que se produce en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, mediante la aplicación de unos cuidados paliativos eficientes, se procede a desarrollar la presente investigación bibliográfica integrativa denominada *calidad de vida de pacientes en cuidados paliativos en los servicios de urgencias: una revisión integrativa de la literatura*, tesis de grado para optar al título de Magíster en Cuidado Paliativo, dictada por la Universidad Pontificia Javeriana.

1.2.- Justificación

La salud en Colombia está fundamentada por leyes que buscan brindar una orientación a todos los ciudadanos del país con respecto a los derechos y deberes que tienen como individuos de esta nación, por consiguiente, los cuidados médicos en especial los paliativos no son la excepción, estos se encuentran basados en ciertas leyes que persiguen la implementación de ellos de una manera igualitaria y oportuna a todos aquellos que lo requieran, pero que por diferentes circunstancias, resultan muy difíciles de aplicar a todos los que los requieran. El estudio de la calidad de vida y la satisfacción del paciente, desempeña un papel fundamental en el contexto de recepción de los cuidados paliativos, particularmente al final de la vida del paciente, cuando prácticamente pierde relevancia la esperanza de vida, momento en que el área de enfermería posee un peso importante.

1.2.1.- Significancia Social

La salud como derecho fundamental en el territorio colombiano, siempre ha tenido como objetivo suplir las necesidades de la población, tal situación se evidencia en la Ley Estatutaria en salud nro., 1751, del año 2015, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, rezando en su artículo nro. 8, lo siguiente:

“Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador”. (1)

Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, el presente estudio pretende visibilizar la importancia del tratamiento y manejo adecuado de estas enfermedades teniendo en cuenta el

pronóstico de las mismas para realizar un óptimo manejo de las patologías según la etapa en la que se encuentre la enfermedad. En este aspecto tenemos que la OMS, nos dice que, a nivel social:

“Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y la de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. La calidad de vida de los cuidadores también mejora” (3)

La atención al paciente en situación terminal es un serio problema de salud social que se encuentra progresivamente en aumento, basados en el envejecimiento poblacional y en la prolongación de la supervivencia que permiten los avances tecnológicos actuales. En América Latina se evidencia una transición epidemiológica como lo es la disminución de muertes por enfermedades infecciosas y un aumento de muertes por enfermedades crónico degenerativo, con consiguiente mayor población geriátrica se encuentra necesitada de los servicios de cuidados paliativos. (6). Este estudio igualmente pretende realzar la importancia que tienen los servicios de cuidado paliativo y la satisfacción que tengan al momento de recibirlos en los servicios de urgencias.

1.2.1.- Significancia Teórica

Existe la necesidad de generar servicios en salud que den respuesta a las necesidades de los pacientes con este tipo de patologías, teniendo en cuenta las características principales de las enfermedades crónicas, es por esto que el cuidado paliativo es una de las principales herramientas que se adoptan para el manejo de las enfermedades crónicas, puesto que como lo indica la OMS que los cuidados paliativos son procedimientos que mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, identificando que el cuidado paliativo se define a su vez como la prestación de un:

“cuidado activo y holístico a pacientes con enfermedad progresiva y avanzada, mediante el tratamiento del dolor y de otros síntomas y la provisión de apoyo psicológico, social y espiritual, teniendo como objetivo último el experimentar la mayor calidad de vida posible para el paciente”

(4)

Por medio de este trabajo de investigación se pretende generar un aporte teórico en torno al escaso conocimiento existente sobre el tema basado en su novedosa aplicación, con lo cual se podrán generar políticas de salud que mejoren el desarrollo y la calidad de esta especialidad, permitiendo su uso y posterior aplicación por parte de todos los agentes en salud de una manera multi e interdisciplinaria, permitiendo beneficiar por medio de esto a la especialidad, al paciente y su familia. Por lo expuesto previamente es necesario caracterizar la producción científica sobre cuidados paliativos, lo que nos permitirá poseer cada vez un mayor y mejor manejo sobre esta área a tal modo que sirva como base para estudios posteriores que conlleven a la implementación de políticas públicas al respecto.

1.2.2.- Significancia Disciplinar

Sin dejar de lado, que como lo expresa la fundadora de los cuidados paliativos Cicely Saunders en una de sus frases *“usted importa por lo que es, usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no solo para ayudarlo a morir en paz, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad”* (7), siendo esta frase una manera contundente para cerrar y centrar la finalidad de los cuidados paliativos en pacientes, la cual es, sin lugar dudas, la de brindar una atención con calidad y dignidad en cualquier etapa del ciclo vital y en cualquier servicio de las instituciones prestadoras de salud, como lo es específicamente en el servicio de urgencias. Teniendo en cuenta esta premisa, Cicely Saunders, termina de reafirmar este objetivo,

mediante la propuesta de conceptos centrales para el manejo del paciente, evidenciando la importancia del papel del área de enfermería en la aplicación de los cuidados paliativos, aquí afirma que “el cuidado de enfermería es crucial para crear una experiencia del final tranquilo de la vida. Las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan las experiencias de la persona, e interviene de la manera más adecuada para conseguir una experiencia serena” (8).

El profesional de enfermería debe tener la capacidad de ejercer distintos roles para contribuir a que el enfermo terminal se encuentre más integrado cada vez, para tal fin debe desarrollar habilidades como, presencia de espíritu, tacto, capacidad para sintonizar con el mundo anímico del paciente, haciendo que el enfermo se exprese sin necesidad de abrumarle, respetando sus procedimientos. (9).

Para todo lo anterior el enfermero debe manejar los principios establecidos por la Organización Mundial de Salud, sobre los cuidados paliativos al enfermo terminal. De igual modo, debe integrar los aspectos psicológicos y espirituales como estrategia del cuidado, ofrecer un sistema de apoyo para ayudar al paciente a llevar una vida tan activa como le sea posible antes del desenlace final.

A sí mismo ofrecerle a la familia del paciente terminal un sistema de apoyo para que puedan enfrentar la enfermedad del paciente y puedan disminuir los efectos al momento de la pérdida. A todas estas el equipo de enfermería se encuentra expuesto a ser afectado por el sufrimiento de los pacientes y el de sus familiares, confectionando y percibiendo una mezcla de emociones, que pueden afectar su normal desempeño dentro del equipo de cuidado, disminuyendo la calidad de los servicios prestados. (8). Esta investigación pretende analizar la calidad de vida y satisfacción de los pacientes que se encuentran recibiendo los cuidados paliativos durante su estancia en los servicios de emergencia.

1.3.- Pregunta de Investigación

Teniendo en cuenta todo lo anterior se conforma la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las variables reportadas por la literatura científica que interviene en la calidad de vida de los pacientes en cuidado paliativo que acuden a los servicios de urgencias?

1.4.- Objetivos

Y en base a la anterior pregunta de investigación se confeccionan los siguientes objetivos de investigación

1.4.1.- Objetivo general

Reconocer los hallazgos reportados en investigación sobre las variables que intervienen en la calidad de vida de los pacientes en cuidado paliativo durante su atención en los servicios de urgencias.

1.4.2.- Objetivos específicos

1.- Caracterizar la producción científica disponible relacionada con las variables que interviene en la calidad de vida en los pacientes de cuidado paliativo durante su atención en los servicios de urgencias.

2.- Determinar las temáticas a partir de los resultados encontrados sobre las variables o elementos que intervienen sobre la calidad de vida de los pacientes en cuidado paliativo durante su atención en los servicios de urgencias.

3.- Identificar vacíos de conocimiento sobre la calidad de vida de los pacientes en cuidado paliativo cuando acuden a los servicios de urgencias, para futuras investigación sobre el fenómeno de estudio.

Capítulo II - Marco Referencial

2.1.- Antecedentes de investigación

En toda investigación, se deben considerar los testimonios científicos que hasta el presente se han podido establecer sobre la temática a investigar, lo cual nos dará un punto de referencia de la estructura de la investigación. Así lo especifica Bavaresco (10), cuando indica que los antecedentes de investigación son el producto de la revisión documental - bibliográfica, la cual tiene como objetivo realizar una recopilación de ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones que sirven de base a la investigación en curso. En este aspecto se presentan antecedentes de estudios sobre el tema, con una vigencia máxima de 5 años de ejecución – publicación, algunos originales y otros con actualizaciones sobre el tema de estudio, las cuales se presentan en primer orden las de nivel internacional y posteriormente las de orden nacional, de las de orden local no se logró encontrar información, lo que no significa que no existan.

2.1.1.- Antecedentes Internacionales

2.1.1.1.- En primera instancia. Espinoza, Luengo y Sanhueza. Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. (Tesis de pregrado). Chile; 2016. Esta investigación se realizó en la Universidad del Biobío, tuvo como objetivo general: evaluar las actitudes hacia el cuidado al final de la vida de enfermeras/os de la región Biobío, de Chile, y determinar las variables que ejercen mayor influencia sobre estas. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo – correlacional y predictivo, como población tuvo un universo conformado por 308 enfermeras que trabajaban en cuidados paliativos en centros de salud públicos, llegando a la siguiente conclusión principal: “La actitud hacia el cuidado al final de la vida mostró una tendencia

favorable, presentando una asociación directa y estadísticamente significativa con: edad, experiencia laboral, mayor vínculo en tiempo y número de pacientes atendidos. (10)

2.1.1.2.- En segunda instancia. Hernández y Modesto. Conocimientos en cuidados Paliativos del paciente no Oncológico. (Tesis de licenciatura). España; 2017. La presente tesis se desarrolló en la Universidad de Murcia, la cual tuvo como objetivo general: Analizar los conocimientos sobre cuidados paliativos del Hospital Central de Murcia, tuvo como población 100 encuestas integrada por cuatro respuestas (mucho-regular-poco-no sabe) de las áreas médicas de hospitalización. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS, concluyéndose que el 72% de los encuestados opina que son pocos los conocimientos sobre cuidados paliativos y más del 90% piensa que se podría mejorar mucho esa desventaja. El 62% indicó que conoce poco el concepto de obstinación terapéutica y solo el 34% opinó que como regularmente el concepto de la limitación del esfuerzo terapéutico. Como conclusión principal se obtuvo que más del 40% desconoce los principios básicos del manejo y de los cuidados paliativos. (11)

2.1.1.3.- En tercera instancia. Chover, Martínez y La Peña. Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería del Hospital Central de Barcelona. (Tesis de Maestría). España; 2017. Estudio realizado en la Universidad de Barcelona, tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos del personal de Enfermería, la metodología utilizada fue la de tipo descriptivo y transversal, como población tuvo un universo conformado por 159 enfermeras, llegándose a las siguientes conclusiones: Se detectó la existencia de un nivel de conocimiento medio que podría ser mejorado con el desarrollo de actividades formativas centradas especialmente en los conceptos erróneos que fueron identificados,

permitiendo así, a los profesionales de enfermería, ofrecer a sus pacientes cuidados paliativos de mayor calidad basados en la evidencia científica existente. (12)

2.1.2.- Antecedentes nacionales

2.1.2.1.- En primera instancia. Velilla y Jaramillo. (Tesis pregrado). Calidad de vida y satisfacción en cuidados paliativos del Hospital Universitario Mayor-Méderi durante marzo y abril de 2018. Colombia; 2018. Tesis confeccionada en la Universidad de Sincelejo, la cual tuvo como objetivo general: Conocer la calidad de vida y la satisfacción con la atención en los pacientes oncológicos que recibieron cuidados paliativos durante la hospitalización en el Hospital Universitario Mayor-Méderi, fue un estudio observacional longitudinal prospectivo, incluyó pacientes mayores de 18 años, con patología oncológica avanzada previo consentimiento. Se excluyeron aquellos con enfermedad psiquiátrica o incapacidad psicofísica. Se obtuvieron datos sociodemográficos y clínicos.

Se utilizaron escalas validadas: "QLQ-C15-PAL" para calidad de vida en la primera evaluación y siete días posteriores, e "IN-PATSAT32" para satisfacción, como resultado se encontró una fuerte asociación entre las escalas de dolor, insomnio y constipación; funcionalidad del paciente y satisfacción general con calidad de vida global en la primera medición. Hubo una mejoría estadísticamente significativa de la calidad de vida global a los siete días. No se halló asociación entre variables sociodemográficas y clínicas con esta mejoría, excepto para el tipo de dolor nociceptivo ($p=0.05$). Se evidenció tendencia a la mejora en la calidad de vida global con mayores puntajes para la satisfacción con los servicios de enfermería y la satisfacción general. Se concluyó que la evaluación de la atención en cuidados paliativos a través del cambio en calidad de vida y

satisfacción, permitió identificar factores asociados para enfocar objetivos del cuidado, retroalimentar a los profesionales y mejorar la calidad de vida de los pacientes. (13)

2.1.2.2.- En segunda instancia. García y Segura. Calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en cuidado paliativo de la Unidad Oncológica Sur colombiana de Neiva 2020. (Tesis pregrado). Colombia; 2020. Estos autores presentaron su tesis en la Universidad USCO, tuvo como objetivo general: describir la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en Cuidado Paliativo de la Unidad Oncológica Sur colombiana de Neiva durante el primer trimestre de 2020, fue una investigación de tipo cuantitativo, con enfoque descriptivo transversal, de muestreo no probabilístico por conveniencia, mediante la aplicación de la escala FACT-B, tuvo como resultado principales que la edad promedio de las pacientes fue 58 años, en estadios clínicos IIIC y IV. En la escala FACT-B, se encontró que el bienestar físico ($13,98 \pm 7,57$) y funcional ($15,625 \pm 77,092$) fueron las dimensiones con puntuaciones más bajas de CV; entre tanto, las dimensiones de Ambiente Familiar y Social ($18,775 \pm 5,371$) junto con la de Estado Emocional ($16,075 \pm 5,695$), reportaron puntuaciones más altas, y la dimensión de otras preocupaciones ($25,475 \pm 8$) evidenció control de los síntomas propios de la enfermedad; concluyéndose que la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama es variable, dependiendo de variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. (14)

2.1.2.3.- En tercera instancia. Narváez e Ibáñez. Tendencias de investigación del cuidado paliativo en enfermería. (Tesis pregrado). Colombia; 2020. Esta investigación fue realizada en la Universidad de Córdoba, dicha investigación tuvo como objetivo principal: caracterizar las publicaciones y describir los temas estudiados referentes al cuidado paliativo en el área de enfermería, en los últimos cinco años, como metodología realizó una revisión integradora de la

literatura de artículos publicados en idiomas portugués y español. Se realizó la búsqueda en las bases de datos Lilacs, Scielo, ProQuest, MetaRevistas y ScienceDirect, seleccionando 23 artículos que cumplieron los criterios de inclusión, como resultado se obtuvo que en las investigaciones prevaleció la metodología cualitativa y en su mayoría fueron realizadas en Brasil. Los temas emergidos del análisis fueron organizados en siete categorías: experiencias, actitudes y sentimientos; conocimientos de enfermería sobre cuidados paliativos; percepción del cuidado paliativo desde la perspectiva del profesional de enfermería; percepción del cuidado paliativo desde la perspectiva del familiar; espiritualidad; formación académica sobre cuidados paliativos, y calidad de vida. Como conclusión se obtuvo que la tendencia temática de las publicaciones revisadas, muestran una variedad de asuntos estudiados, con predominio de temas inherentes al quehacer de los profesionales de enfermería como las vivencias, sentimientos, actitudes y su percepción de la atención que brinda a los enfermos terminales. (15)

2.2.- Bases teóricas

Las bases teóricas, “están referidas a los conceptos y enfoques de diferentes autores, organizaciones e instituciones, que han realizado investigaciones sobre el tema produciendo normas, leyes, estatutos, modelos, programas, que tratan la problemática planteada” (11), en este caso “*Calidad de vida y satisfacción de los pacientes en cuidados paliativos durante su atención en los servicios de urgencias*”. A continuación, alguna de ellas relacionadas con el tema que atañe a esta investigación:

2.2.1.- Cuidados Paliativos

A través del tratamiento integral de las necesidades físicas, emocionales, espirituales de las personas y las necesidades de sus familiares, para aliviar el sufrimiento de las enfermedades en

etapa terminal que enfrentan las personas, es que han surgido los cuidados paliativos. Por la naturaleza de estas enfermedades y la condición de los pacientes con enfermedades avanzadas, que la mayoría de ellos se encuentran en cama y sus condiciones físicas y psicosociales se encuentran gravemente deterioradas, haciendo muy difícil establecer métodos efectivos para de evaluación clínica, pues los métodos de respuesta y métodos tradicionales de evaluación basados en esas evidencias poseen amplias limitaciones. En cuanto a los métodos médicos basados en problemas, se considera que el mantenimiento de la vida es un objetivo que se debe lograr en la mayoría de las situaciones médicas. (12)

Este objetivo generalmente no resulta valido en todos los escenarios de atención clínica de pacientes con enfermedades paliativas progresivas, por el contrario, en ocasiones es necesario aceptar que la prolongación de la vida es secundaria, en muchas ocasiones imposible de lograr y en ocasiones, ni siquiera resulta un objetivo. El tratamiento está centrado en el paciente y se basa en un conjunto de valores aplicables al final de la vida. Al enfocarse en problemas agudos, el sistema de salud asume que los cuidados médicos tienen como máxima prioridad el bienestar de los pacientes. En la mayoría de los casos, esta suposición es precisa y necesaria cuando se brindan medidas de rescate de emergencia. Sin embargo, para los pacientes con enfermedades incurables, estas medidas generalmente no se instruyen ni se desean.

En los cuidados paliativos, la experiencia de la muerte, es decir, la experiencia de vivir con enfermedades graves progresivas, incurables e incapacitantes, puede considerarse una parte natural y normal de la vida. La intervención tiene un enfoque diferente, reconociendo los problemas médicos involucrados y la naturaleza del dolor experimentado, minimizando las intervenciones sobre las prioridades personales de los pacientes y sus familias y mejorando su calidad de vida

inmediata. Otra ventaja decisiva de adoptar un modelo sin problemas es la capacidad de medir la experiencia positiva expresada a pesar de la persistencia de los síntomas físicos. Desde la perspectiva de la medicina basada en problemas, el objetivo de la atención es reducir los problemas y el único resultado positivo es restaurar al paciente al estado funcional pre mórbido. Para los cuidados paliativos, el objetivo básico de la transición de los pacientes de la enfermedad a la recuperación o la mejora de la calidad de vida representa una meta importante. (13)



Ilustración 1 Soporte integral al paciente de cuidados paliativos

Fuente: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/BOletin>

2.2.2.- Antecedentes históricos de los cuidados paliativos

La palabra latina “hospitium” significaba un sentimiento de bienestar al encontrarse en un lugar, la versión griega del mismo término fue la palabra “xenodochium” y alrededor del siglo IV aparece

la primera de muchas instituciones cristianas bajo ambos nombres: hospitium o xenodochium, primero en la zona bizantina, luego en Roma y finalmente a lo largo de todo el continente europeo. (14). Estas instituciones fueron consideradas los primeros hospicios u hospitales, durante la edad media fueron lugares de acogida para peregrinos, los cuales muchas veces venían gravemente enfermos, de esta forma estos lugares daban refugio y alimento a extranjeros y también cuidados a enfermos moribundos. La primera vez que se usó el término “hospicio”, fue en Francia por el año 1842, en donde Madame Jeanne Garnier fundó los llamados Hospitales o calvarios.

El inicio oficial del llamado Movimiento de Hospicios Modernos se atribuye a la fundación del ST Christopher’s Hospice en Londres 1967, los resultados obtenidos de esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. Ese fue el primer hospicio en el que se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante como en el proceso de duelo. Su fundadora fue Dame Cicely Saunders, pionera del área de los cuidados paliativos. En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de cuidados paliativos a su base de trabajo y promueve el programa de cuidados paliativo como parte del programa de cáncer, diez años después la Organización Panamericana de la salud también lo incorpora a sus programas asistenciales. (15)

En la actualidad la palabra Hospicio es utilizada en gran Bretaña y USA para referirse al servicio cuyo objetivo es asistencial y dirigido a promover los medios necesarios para responder a los pacientes considerados terminales en los diferentes niveles de atención.



Ilustración 2 Cecily Saunders, iniciadora de los cuidados Paliativos

Fuente: <https://slideplayer.es/slide/10287354/>

2.2.3.- Evaluación de los cuidados paliativos

En cuanto a la evaluación del impacto de los programas de cuidados paliativos en los pacientes, la literatura proporciona muy poca información, generalmente incluyen indicadores para explicar su implementación, basada en el alivio del dolor más que en el mantenimiento de una calidad de vida para los pacientes y sus familias. A escala global, la evaluación de cualquier plan médico es un proceso que incluye la determinación y aplicación de estándares y especificaciones para emitir juicios sobre su concepto, implementación y diferentes componentes de etapas previas. El tipo de evaluación dentro de un plan se ha determinado mediante investigaciones realizadas en la década de los 90, ellos son (16):

- a.- evaluación de la estructura (recursos)
- b.- evaluación del proceso (actividades, servicios, procedimientos)

c.- evaluación de los efectos (resultados perseguidos según objetivos)

d.- evaluación del estado del programa (elementos estratégicos, tácticos, estructurales, operacionales y formativos)

Por tanto, para los planes de cuidados paliativos, se refieren a los indicadores de recursos y su relevancia, proceso, resultado e impacto de este cuidado. En el caso de utilizar indicadores de impacto para la evaluación, además de aclarar qué instrumento puede explicar mejor el problema, se debe tener especial cuidado en la selección del diseño del estudio de evaluación, que a su vez depende de la representatividad de la muestra. La disponibilidad de una o más medidas previas a la prueba y uno o más grupos de control que no están expuestos a la intervención, los sujetos se asignan aleatoriamente al grupo de control y al grupo experimental y la eficacia de una o más medidas posteriores a la prueba para evaluar el efecto. (7)

Por diversas razones, principalmente por consideraciones éticas y metodológicas, estas evaluaciones son de difícil aplicación en pacientes con enfermedad avanzada, la mayoría de los pacientes se encuentran de reposo en cama, sus condiciones físicas y psicosociales se encuentran severamente deterioradas y carecen de capacidad de colaboración, esta situación reduce la autenticidad de la información del paciente, pues emite una gran cantidad de información, situación está que dificulta la evaluación de planes de intervención paliativa mediante diseños experimentales o cuasi experimentales que incluyan un grupo de control, por lo que se hace necesario utilizar la evaluación post-evento, donde los sujetos son sus propios controles. Por tanto, el uso de medidas sencillas y eficaces permite mejorar el diseño y la evaluación de la eficacia de las intervenciones paliativas. Se ha propuesto que los resultados e indicadores de impacto se pueden

evaluar midiendo las dimensiones relacionadas con la calidad de vida del paciente y sus familiares y la satisfacción real obtenida por el paciente. (10)

2.2.4.- Principios de los cuidados paliativos

Mediante la aplicación continua de los cuidados paliativos en todo el mundo se ha obtenido un resumen de los principios que deben seguirse en dichos cuidados y según Nayeli, Tania y María, (17), estos son:

- 1.- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas
- 2.- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal
- 3.- No intentan acelerar, ni retrasar la muerte
- 4.- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del paciente
- 5.- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte
- 6.- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo
- 7.- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familiares, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado
- 8.- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.

Todos estos principios sugeridos se pueden combinar con otros tratamientos que pueden prolongar la vida en las primeras etapas de la enfermedad, como la quimioterapia o la radioterapia.

2.2.5.- Síntomas frecuentes en pacientes terminales

A continuación, se presentan, los síntomas más frecuentes que presentan los enfermos terminales, precisando para ello cuidados específicos (18):

2.2.5.1.- Boca seca. Posee múltiples causas, derivando en inapetencia, sed y alteración del sabor de los alimentos. Esto se puede corregir manteniendo una buena higiene, hidratando la boca y aumentando la salivación.

2.2.5.2.- Disfagia. Generalmente se debe a infecciones estomacales, a efectos secundarios del tratamiento recibido y sequedad bucal. Las consecuencias de esta alteración es la disminución de peso debido al impedimento de llevar una dieta sólida equilibrada, que a su vez va acompañado de angustia y malestar. La solución para evitar atragantamientos comer una dieta blanda de purés evitando los líquidos y siempre sentado.

2.2.5.3.- Náuseas y vómitos. Lo pueden producir la propia enfermedad o su tratamiento, también pueden ser causados por el estreñimiento y el empleo de analgésicos como la morfina. Las repercusiones que tiene este síntoma es una sensación desagradable en el paciente, el tratamiento más apropiado sería la administración de fármacos antieméticos, una dieta ligera y mantener al paciente hidratado.

2.2.5.4.- Estreñimiento. Tal vez sea el síntoma más común, suele estar causado por la propia enfermedad o por otros síntomas como son el cansancio, la disminución de apetito, el dolor, etc. Es importante que el paciente no esté más de 3 días sin defecar en cuyo caso, se recomendarán laxantes, enemas, una dieta rica en fibra, para favorecer el movimiento intestinal en el paciente sin llegar a agotarlo.

2.2.5.5.- Pérdida de peso y apetito. Relacionado al miedo a vomitar, a olores fuertes, a molestias en la boca, dolor, fatiga, cansancio, así como a factores sociales y psicológicos (soledad, ansiedad, depresión), a factores alimentarios (comida poco apetitosa o abundante) o factores digestivos (sequedad bucal, náuseas, estreñimiento). Esto crea un gran stress en los familiares al ver que el paciente no come, puesto esto se relaciona con el empeoramiento de la enfermedad. Los consejos ante este problema son no forzar al paciente a comer, no establecer unos horarios para ello, procurar que la comida sea en pequeñas cantidades sin fuertes olores y apetecibles.

2.2.5.6.- Insomnio. Se requiere un buen descanso ya que podría empeorar otros síntomas como el dolor, el cansancio o la confusión. Las causas provienen de un mal control de síntomas, malas condiciones ambientales, ansiedad, miedo a la noche, etc. Se recomienda mantener los horarios de sueño, dormir en un ambiente agradable y si es posible con compañía tranquilizadora, en últimas instancias el medico podría colocarle un tratamiento farmacológico.

2.2.5.7.- Dolor. Este es el síntoma más frecuente de todos y el que más afecta a la calidad de vida del enfermo, puede provenir de la propia enfermedad, de su tratamiento, de la inmovilización del paciente o de otras enfermedades previas. Se clasifica en función de su duración y fisiopatología en:

1.- Según la duración:

1.1.- *Agudo:* Dolor de inicio brusco y corta duración

1.2.- *Crónico:* Dolor persistente de más de un mes de duración

1.3.- *Irruptivo:* Dolor de intensidad moderada o intensa que aparece sobre un dolor crónico

2.- Según su fisiopatología:

2.1.- *Somático*: Se produce por la estimulación de receptores del dolor en estructuras musculoesqueléticas profundas y cutáneas superficiales

2.2.- *Visceral*: Causado por infiltración, distensión o compresión de órganos en la cavidad torácica.

2.3.- *Neuropático*: Debido a una lesión directa de estructuras nerviosas por invasión tumoral, como consecuencia de una quimioterapia o por infección.

2.4.- *Mixto*: Coexistencia de varios mecanismos de los anteriormente descritos en un mismo paciente

2.2.6.- Ética y legalidad de los cuidados paliativos en Colombia

En cuanto al marco legal de los cuidados paliativos en Colombia, el 8 de septiembre de 2014 se aprueba la ley 1733, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Con respecto a dicha ley está reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establece el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología.

(24)

Así mismo, manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad

terapéutica y no le representen el goce de una vida digna, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida. Manteniéndose en el trato profesional y humano que deben recibir este tipo de pacientes el gobierno colombiano contempla en la ley 266 de 1996, el ejercicio de la profesión de enfermería, definiéndola y dictaminando el propósito de esa profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación, teniendo en cuenta los principios de la práctica profesional como lo son integralidad, individualidad y dialogicidad. (19).

En este orden de ideas y para blindar más aun la relación atención de cuidados paliativos y atención satisfactoria, el gobierno de Colombia en su Ley 911 de 2004, dicta las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia y se establece el régimen disciplinario correspondiente; los principios éticos de Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica profesional de la enfermería en Colombia. Esta ley posee como objetivo guiar el proceder del profesional de la enfermería con el objeto de que brinde un servicio que implique la adopción de decisiones complejas y la capacidad de dirección, en coordinación con el equipo multidisciplinario, al afrontar los problemas asociados con padecimientos en situación terminal, para el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran mayor importancia.

No obstante para ejercer profesionalmente la enfermería, es necesario partir de una estructura moral que se encuentre integrada por principios y poseer una ética profesional basada en principios

sociales, donde el enfoque de los problemas sea racional y social, es decir, basado en una ética civil y una construcción moral, que oriente las actitudes y comportamientos de los profesionales hacia la provisión de cuidados que promuevan la salud, prevengan sus complicaciones, contribuyan a la recuperación y rehabilitación de las personas enfermas, ayuden a vivir o morir con dignidad cuando la mejoría o la recuperación no sean posibles. (17)

2.2.7.- Hitos en el desarrollo de los cuidados paliativos

El desarrollo de los cuidados paliativos en Colombia ha tenido situaciones específicas que han provocado su desarrollo, tales como las siguientes, (20):

Tabla 1 *Evolución de los Cuidados Paliativos en Colombia*

Año	Evento
1980	Se crea la primera Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del País
1987	Se crea la Fundación Omega en Bogotá
1988	Se crea el primer Hospicio del país: La Viga en Cali
	Se crea el Programa de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología y
1995	se comienzan a agrupar profesionales interesados en el dolor y la filosofía de los Cuidados Paliativos
1996	El ministerio de salud reconoce la Personería Jurídica Nacional a la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos
1997	Se realiza el primer Foro Nacional de Cuidados Paliativos y se firma la Declaración de Santa Fe de Bogotá. Se comienza a trabajar en el mejoramiento de la

-
- disponibilidad de opioides en Colombia, en el diseño de programas de formación en Cuidados Paliativos y se crea el comité nacional asesor en Cuidados Paliativos
- 1999 Se realiza el II Foro de Cuidados Paliativos, se definen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de Cuidados Paliativos y la integración de las políticas de la Organización Panamericana de Salud (OPS) para el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Colombia.
- 2001 Se crea la especialización en dolor y Cuidados Paliativos
- 2006 Se modifica el reglamento que limita el número de días autorizados para prescribir medicamentos controlados de 7 días a 30 días
- 2010 El congreso aprueba la ley de Cáncer en Colombia, ley Sandra Ceballos, que apoya específicamente la difusión y garantiza la asistencia de los cuidados paliativos
- 2011 Se desarrollan nuevos programas académicos de especialización en cuidados paliativos y se incluye un mayor número de opiniones en el Plan Obligatorio de Salud (POS)

Fuente: Pastrana, (2012)

2.2.8.- Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multidimensional, dinámico y subjetivo, sin estándares de referencia, por lo que es difícil de definir y medir. En el contexto de los cuidados paliativos, la calidad de vida se centra en todos los aspectos del paciente, como las capacidades físicas o mentales, la capacidad para llevar una vida social normal y satisfactoria, el logro de metas personales, la felicidad y satisfacción, y la existencia o nivel de espiritualidad. Según Consumo (21), se pueden identificar cuatro beneficios, como lo son:

- 1.- Bienestar físico
- 2.- Bienestar psicológico
- 3.- Bienestar social
- 4.- Bienestar espiritual

En este sentido, el rol del equipo interdisciplinario de atención incluye no solo prevenir la muerte, sino también mejorar la calidad de vida y esforzarse por evitar el sufrimiento, especialmente cuando los pacientes enfrentan pérdidas son subjetivamente importantes para ellos. (22). No cabe duda de que asegurar la calidad de vida en las etapas finales de supervivencia es el objetivo de las Unidades de cuidados paliativos (UCP). Según la Organización Mundial de la Salud, el objetivo de estos departamentos es brindar una atención integral y activa a los pacientes cuyas enfermedades no han respondido al tratamiento. El control del dolor, otros síntomas y problemas psicológicos, sociales y espirituales es fundamental, porque el objetivo principal de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, como lo muestra la ilustración nro. 3, la cual nos resume la percepción de la calidad de vida a nivel mundial.

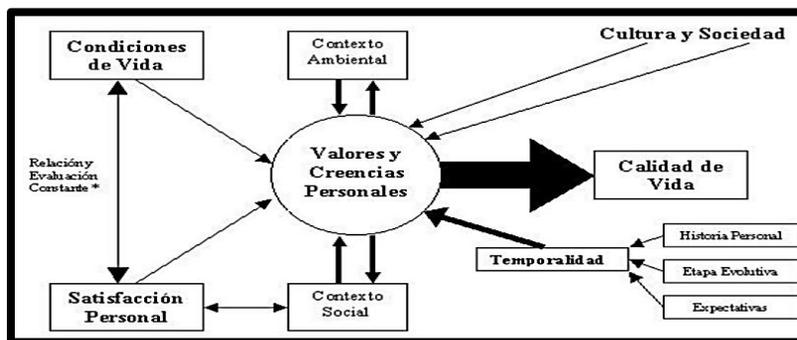


Ilustración 3 Calidad de Vida en el Mundo

Fuente: <https://es.calameo.com/read/00208499880acedaa3a7>

2.2.9.- Contexto histórico de la calidad de vida

El trasfondo histórico de la calidad de vida se remonta a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, fue un intento de los investigadores en ese momento para comprender las percepciones de las personas sobre si vivían una buena vida o se sentían financieramente seguras. Este concepto se hizo popular en la década de 1960, hasta que se convirtió en un concepto utilizado en una amplia gama de campos, como la salud física y mental, la educación, la economía, la política y todo el campo de los servicios. Fue así como comenzaron a realizarse investigaciones a partir de la evidencia de una alta diferencia individual en el puntaje de calidad de vida de los pacientes durante su estancia en las unidades de servicios de urgencias. (23). Se cree que datos objetivos como el nivel socioeconómico, el nivel educativo y el tipo de vivienda solo pueden explicar el 15% de las diferencias mencionadas.

Ante esto, algunos psicólogos creen que medidas subjetivas como la felicidad y la satisfacción pueden explicar el 50% de la variabilidad. Esta gran dispersión y variedad de resultados puede deberse a la naturaleza del concepto o al método utilizado para medirlo. El concepto debe considerarse desde una perspectiva multifacética y dinámica, que varía según la cultura, la época y el grupo social, según aparece en la ilustración nro., 4, sobre las diferentes conceptualizaciones por las cuales ha pasado el termino calidad de vida. Generalmente, se refiere a los atributos que debe experimentar un individuo, las condiciones de su entorno en base a la interpretación y evaluación de los aspectos objetivos de su ambiente. Idealmente, se corresponde a una satisfactoria y completa evaluación global sobre el total de las facetas de vida de un individuo. (24)

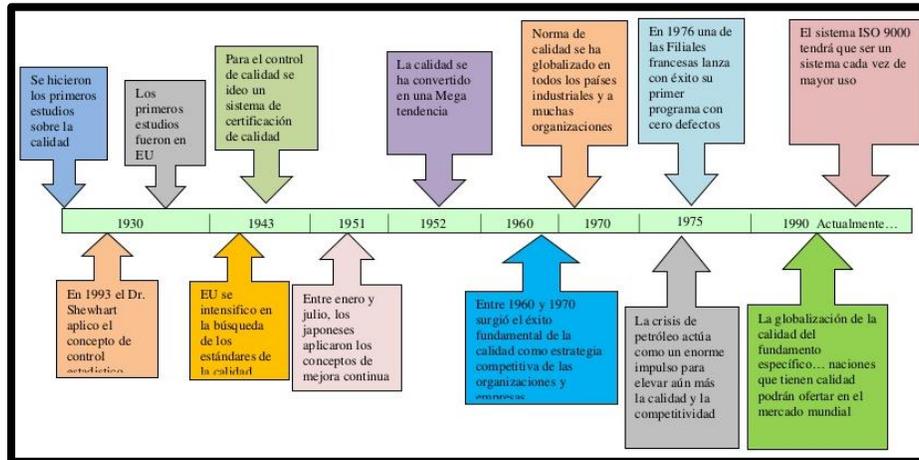


Ilustración 4 Contexto histórico de la calidad de vida

Fuente: <https://es.slideshare.net/josevazquezlanda/linea-del-tiempo-historia-de-la-calidad>

2.2.10.- Instrumentos de evaluación de la calidad de vida

Un problema común en la investigación de calidad de vida es el instrumental, refiriéndose a las técnicas utilizadas para evaluar la calidad de vida de los pacientes. En concreto, se han diseñado diversas herramientas para evaluar la calidad de vida de los pacientes, algunas de las cuales son: McGill Quality of Life (MQOL) de Cohen, Mount, Strobel y Bui (1995), el Patient Evaluated Problem Scores (PEPS), de Rathbone, Horsley y Goacher (1994). De ellos, quizá el más utilizado sea el MQOL, que incluye cinco dominios de evaluación como lo son:

- 1.- Síntomas físicos
- 2.- Estado físico
- 3.- Estado psicológico
- 4.- Aspectos existenciales
- 5.- Apoyo

En una investigación realizada por Hernández (5), demuestra que el índice de confiabilidad obtenido es bastante aceptable, su investigación estribo en la valoración de la calidad de vida que los pacientes indicaron, siendo la mayoría de las opiniones de los pacientes diferentes a las opiniones del personal de enfermería, especialmente en cuanto a ansiedad, pensamientos personales o atención recibida. El mismo estudio muestra que las áreas relacionadas con los campos físico y existencial son las más afectadas, por lo que es necesaria una mayor intervención en estos campos. Al mismo tiempo, se ha observado que los pacientes en la sala de cuidados paliativos muestran menos ira y más emociones positivas, aunque expresan más ansiedad por la muerte, tienen menos ansiedad por la soledad, mientras que la ansiedad general es menor.

Los aspectos básicos de la calidad de vida de los pacientes que reciben cuidados paliativos están relacionados con la condición física provocada por su enfermedad, entre ellos, los síntomas físicos son uno de los principales aspectos a considerar, en ese en orden de prioridades se encuentra, el dolor, especialmente el crónico, que constituye un importante problema a resolver en estos pacientes, pues entorpecen la aplicación de los cuidados en las urgencias, mermando la calidad de vida del paciente. Finalmente, en las dimensiones relacionadas con el cuerpo, cabe señalar que los cambios en la apariencia corporal del paciente provocados por la enfermedad son otro factor a tener en cuenta. (25).

2.2.11.- Evaluación de la calidad en salud

La Evaluación de la calidad, es una herramienta de gestión y se basa en los siguientes enfoques (26):

2.2.10.11.- Enfoque basado en el Usuario. Las organizaciones dependen de sus clientes, por lo tanto, deben comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en cumplir las expectativas de los clientes.

2.2.10.12.- Enfoque basado en el Proceso. Se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

2.2.10.13.- Enfoque basado en el Producto. La calidad va en función de una variable específica y medible, de forma que las diferencias en calidad reflejan diferencias en la cantidad de algún ingrediente o atributo del producto.

2.2.12.- Componentes de la calidad en salud

La calidad de los servicios sanitarios posee, tres componentes fundamentales (27):

2.2.12.1.- Componente técnico. Es el conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, estructura física, servicios, tecnología y capacidad de los profesionales, teniendo características fundamentales:

- 1.- Eficiencia, uso adecuado de los recursos para obtener los resultados esperados.
- 2.- Efectividad, es el logro de los mejores resultados (efectos).
- 3.- Eficacia, aplicación correcta de las normas de la prestación de servicio de la salud.
- 4.- Continuidad, prestación ininterrumpida del servicio.
- 5.- Integridad, que el usuario reciba las atenciones que su caso requiere en la red de atención de establecimiento.
- 6.- Ética, en base a los valores aceptados por la sociedad y los principios éticos deontológicos que se orientan a la conducta y los deberes de los profesionales de la salud.

7.- Accesibilidad y Seguridad. La atención de enfermería en este componente se traduce en el desempeño profesional óptimo en todo procedimiento y técnicas, demostrando la competencia técnico científico, brindando un cuidado de atención oportuna y continuo.

2.2.12.2.- Componente del entorno. Referente a la comodidad que ofrece el establecimiento de salud, implica comodidad, ambientación, orden, ventilación, iluminación, suministro adecuado de alimentos, cuidado de la privacidad y servicios públicos adecuados.

2.2.12.3.- Componente interpersonal. Se refiere a la relación entre el personal de salud y el paciente, basada en respeto, en recibir información completa y oportuna, impartir confianza, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que se brinde, lo que influye en la satisfacción del paciente.

2.2.15.- Enfermería

La OMS, indica que la enfermería incluye la atención autónoma para personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, independientemente de la enfermedad, bajo cualquier circunstancia. Es responsable de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a los enfermos, discapacitados y enfermos terminales. Según la Ley 27669 del Trabajo de la profesión de la Enfermería, aprobada por el Congreso de la República de Colombia en el 2002, indica que la enfermería participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de pacientes, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población; siendo sus funciones las siguientes:

- a) Brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- b) Encomendar actividades de menor complejidad al personal no profesional de enfermería, bajo su supervisión y responsabilidad.
- c) Ejercer funciones de enfermería, tanto en el Sector Público como en el Sector Privado, en los Centros de Salud y en los diferentes niveles de complejidad hospitalaria
- d) Ejercer consultoría, auditoría, asesoría, consejería y emitir opinión sobre materias propias de Enfermería.
- e) Conducir técnica y administrativamente los servicios de Enfermería en los diferentes niveles orgánicos del sistema de salud ocupando los respectivos cargos estructurales
- f) Ejercer la Dirección y Jefatura de los programas de formación y capacitación del personal de Enfermería
- g) Desarrollar actividades preventivas promocionales en el área de su competencia en todos los niveles de atención.
- h) Participar con los cuidados de enfermería en los centros de atención al adulto mayor
- i) Realizar investigación en el campo de Enfermería y de salud
- j) Emitir opinión técnica con relación a recursos de personal y materiales dentro de sus competencias.

2.2.16.- Servicios de Urgencia

Los Servicios de Urgencia, son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos especiales, a pacientes que requieran cuidados urgentes las 24 horas al día, los 365 días al año sin discriminación social o económica. (13)

La segunda mitad del siglo XX, trajo consigo cambios rápidos y profundos cambios en los servicios de urgencia médicas (SUM), produciendo un rápido aumento de la demanda lo que ha provocado en muchos casos la saturación en el sistema, refiriéndose estas a la situación en la que las necesidades identificadas por los servicios de urgencias superan los recursos disponibles; ello ocurre, según García (31), cuando:

- Hay más pacientes que camas disponibles.
- Cuando los tiempos de espera exceden un periodo razonable.
- Cuando los pacientes se encuentran monitorizados en áreas no destinadas a tratamiento (pasillos).
- Cuando los pacientes esperan ser ubicados en camas de tratamiento en el servicio de urgencias o en camas para ingreso.

El colapso de las urgencias hospitalarias es un fenómeno que se plantea a nivel mundial, además representa una de las barreras más importantes para la humanización en dicha área de atención. Este colapso da lugar a numerosos problemas que afectan de forma directa a la satisfacción del usuario, siendo esta el grado de congruencia entre las expectativas del paciente de la atención ideal y su percepción del cuidado real que recibe y que, según Gómez (32), está conformada por la humanización de la asistencia prestada y el tiempo de espera percibido. Por lo tanto, la congestión de los servicios de urgencias origina numerosos factores, interrelacionados entre sí, que afectan de forma significativa a la humanización en el servicio de urgencias, identificados en la ilustración 6.



Ilustración 6 Factores intervinientes en la humanización de la atención

Fuente: García (2018)

Todo esto se traduce en una enorme presión para los profesionales que trabajan en urgencias, incidiendo negativamente en la eficiencia y calidad de la asistencia y en la satisfacción global del usuario. Atender la actividad en urgencias con estándares de calidad y eficiencia significa desarrollar en los SUM sistemas de gestión de calidad asistencial. Todos los profesionales de los servicios de urgencias deben estar involucrados en la mejora de la calidad.

2.2.17.- Cuidados Paliativos en los servicios de urgencia

La integración de los cuidados paliativos (CP), en los servicios de urgencias, y emergencias puede ayudar a evitar tratamientos innecesarios y procedimientos que no están relacionados con las metas de atención del paciente. El confort es uno de los principales objetivos de los CP y para poder integrar estos en el SU, se requiere de una serie de medidas específicas, realistas, proporcionadas y adaptadas al ámbito de los servicios de urgencias. (33)

Es muy importante transmitir seguridad y tranquilidad estableciendo cierta relación de confianza entre profesional y paciente. Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, el reconocer, evaluar y tratar los síntomas que afectan directamente al bienestar del paciente es imprescindible,

siendo que algunos de ellos se podrán controlar (disnea, vómitos, dolor), mientras que otros claramente que no, siendo sumamente importante que el enfermo sea consciente de que tiene que intentar adaptarse a los mismos. A pesar de la creciente demanda de pacientes paliativos en el servicio de urgencias, el personal que lo conforma y el entorno no están del todo preparados en términos de recursos y en gran cantidad de casos a nivel de conocimientos si se toma encuentra lo ciertamente novedoso que es el área. (34). No se consideran a los servicios de urgencias los lugares más adecuados para atender a pacientes paliativos ya que esta es un área donde se valoran a muchos pacientes de forma simultánea, con tiempo limitado para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, impregnadas de un gran ritmo de trabajo y una gran carga asistencial. En la misma línea, nos encontramos con un espacio reducido y restringido para valorar a los enfermos, donde tomar decisiones puede resultar un proceso complejo. Se desconocen los valores y las voluntades anticipadas de los pacientes familiares, que en la mayoría de las ocasiones suele ser el mantener la vida del paciente a “cualquier precio”. (33)

Todo ello proyecta la práctica de una atención del servicio de urgencia inadecuada hacia estos pacientes, percibiéndose un mal manejo de los casos de dolor y síntomas típicos de pacientes en cuidados paliativos. (35). Los servicios de urgencias (SU), están constituidos por un grupo heterogéneo de profesionales que provienen de distintas áreas y de diferentes especialidades que tienden a marcar decisiones dispares ante la atención a pacientes en cuidados paliativos, pacientes con problemas de comunicación. (36). Es frecuente encontrar en las guardias presenciales en los centros asistenciales a un gran número de médicos noveles con un claro objetivo de adquirir experiencias en técnicas invasivas lo que dificulta la toma de decisiones morales, además, no todos los profesionales tienen la necesaria preparación para trabajar en urgencias. El hecho de tener que

tomar rápidas decisiones soportando una gran carga de estrés, trabajando ante la crítica de todos, con turnos de trabajo rotatorios y guardias, con una alta presión asistencial y un importante número de pacientes vulnerables dificultan aún más la capacidad de los profesionales de enfermería de proporcionar unos cuidados paliativos de calidad. (44)

Es menester que la estructura organizativa de los SU deberían favorecer el tratamiento a pacientes en cuidados paliativos adaptándose a sus necesidades, garantizando una mayor intimidad y comodidad a los pacientes. (36). Otro aspecto que se ve afectado en una inadecuada atención es la dignidad del paciente. Como punto final se debe decir que el morir con dignidad es un factor importante para los pacientes y familiares, sin embargo, el significado de morir con dignidad en el SU es un concepto abstracto y difícil de conseguir, ya que la preservación de la dignidad en muchas ocasiones es involuntariamente pasada por alto por las características intrínsecas del propio servicio (37).

Los principales desafíos que encuentran los profesionales en la prestación de CP en el SU son las limitaciones de tiempo con las que se trabaja en estos servicios, falta de formación en comunicación, desinformación sobre la historia del paciente y falta de formación en cuidados paliativos (16). Existe un gran problema de entrenamiento en CP, sobre todo en relación a las habilidades de comunicación y los profesionales que están finalizando sus carreras de médicos, según Sanz (6), son conscientes de su importancia y están dispuestos a mejorar estas habilidades. Por otro lado, la visión transversal de los médicos y personal de enfermería del SU hace que por norma general sus intervenciones se limiten al manejo de episodios agudos dificultando el reconocimiento del paciente terminal, la toma de decisiones respecto a su tratamiento y el diagnóstico y planteamiento de un plan de cuidados (35). En muchas ocasiones la mala ubicación

de los pacientes cuyas muertes son esperadas se debe a la insuficiente oferta de camas, bien sea de la sala de observación o de las unidades de hospitalización convencional. Durante la atención a pacientes paliativos en el SU, se han identificado algunas barreras, las cuales impiden brindar una atención de calidad enfocada en las necesidades del paciente. Algunas de ellos son (16):

- Percepción que los cuidados paliativos requieren de amplio tiempo asistencial.
- Miedo a las consecuencias legales si no se hacen intervenciones.
- Falta de acceso a la historia médica del paciente.
- Falta de formación en cuidados paliativos en los profesionales que forman el equipo de urgencias.
- Falta de privacidad y confidencialidad en el diseño físico del SU
- Conflicto entre la misión del SU y el de los CP.
- Sentimientos de fracaso al tener que retirar las intervenciones de mantenimiento de la vida.
- Falta de preparación en los profesionales de urgencias para lidiar con las emociones de los pacientes y de sus familiares.

Capítulo III - Marco Metodológico

3.1.- Tipo de Estudio

Esta investigación es descriptiva, pues posee como objetivo describir situaciones y eventos, indicándonos cómo son y cómo se manifiestan determinados fenómenos, buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno estudiado. (38), Aquí mediante la observación se describen eventos que permitirán identificar elementos de indispensable valor para esta investigación. Para llevar a cabo esta investigación se utilizó el método de análisis de contenido, en donde se transformó la información escrita en datos cuantitativos, por medio de un análisis profundo de bibliografía que nos orientó hacia el contexto en el que se suscitaron los eventos de investigación, para así poder emitir conclusiones al caso. El diseño metodológico escogido fue un estudio documental, de tipo colectivo y abierto en relación con la selección de información la cual en totalidad estuvo basada en fuentes académicas y científicas digitales. Re realizo una revisión integrativa de la literatura la cual fue mencionada en el resumen de esta investigación.

3.2.- Etapas de desarrollo

La definición de las etapas de investigación es fundamental para organizar el accionar a realizar, estas deben cumplir con el rigor metodológico de las investigaciones primarias; adicionalmente, refieren que cada método incluye una etapa de formulación del problema, una etapa de búsqueda en la literatura, una etapa de evaluación de datos, una etapa de análisis de datos y una etapa de presentación de los datos. (39). A continuación, se describen las etapas que fueron utilizadas para

el desarrollo de esta tesis, las cuales correspondieron a las etapas propuestas por la autora Whittemore. (39), las cuales son las siguientes:

3.2.1.- Ira. Etapa. Identificación del problema

Esta etapa consiste en la identificación del problema, en él se enuncian las variables de interés y la población a objeto de estudio. Se realiza una identificación clara del problema, el cual se formuló a partir de la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las variables reportadas por la literatura científica que interviene en la calidad de vida de los pacientes en cuidado paliativo que acuden a los servicios de urgencias?, planteándose las siguientes variables de interés:

- **Población objeto:** 88 documentos, los cuales fueron ubicados en las bases de datos: Wos, Scielo, Medline, Scopus, Cinhal y Cochrane.

- **Sesgo de información inicial:** Referido a la búsqueda y utilización de información científica, veraz y certera, sobre el tema investigado, para evitar prejuicios a partir de información errónea que pudiera condicionarlo.

- **Sesgo de concepto:** Los objetivos se establecieron de acuerdo con el planteamiento del problema y guía del tutor de tesis.

3.2.2.- Iida. Etapa Búsqueda de literatura

En esta etapa se desarrollaron los siguientes parámetros:

a.- Tema: Calidad de vida y satisfacción de los pacientes en cuidados paliativos durante su atención en los servicios de urgencias

b.- Referencial teórico: Investigaciones sobre el tema a nivel internacional y nacional

c.- Palabras clave / Frases compuestas: estas son las frases compuestas que se confeccionaron, clasificadas de la siguiente forma:

FC1= Calidad de vida

FC2= Cuidados paliativos

FC3= Servicio de urgencias

d.- Descriptores de búsqueda: A continuación, las frases compuestas de esta investigación en el Descriptor de búsqueda (DeCS).

Tabla 2

Descriptores DeCS de esta investigación

Calidad de vida		
Descriptor DeCS	Descriptor idioma ingles	Quality of Life
	Descriptor idioma español	Calidad de Vida
	Descriptor idioma portugués	Qualidade de Vida
	Definición español	Concepto genérico que refleja preocupación por modificar y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad.
Cuidados paliativos		
Descriptor DeCS	Descriptor idioma ingles	Palliative Care
	Descriptor idioma español	Cuidados Paliativos
	Descriptor idioma portugués	Cuidados Paliativos
	Definición español	Tratamiento para aliviar los síntomas sin curar la enfermedad.
(servicio) Urgencias		
Descriptor DeCS	Descriptor idioma ingles	Emergencies
	Descriptor idioma español	Urgencias Médicas

	Descriptor portugués	Emergências
	Definición español	Situaciones o condiciones que necesitan intervención inmediata para evitar consecuencias riesgosas serias.

Fuente: Elaboración propia, (2021)

e.- Fuentes de búsqueda: A continuación, se presentan las fuentes donde se realizaron la búsqueda de la información:

Tabla 3

Tipos de fuentes de búsqueda

Scopus	Base de datos de resúmenes y citas de literatura revisada por expertos; cuenta con herramientas inteligentes para rastrear, analizar y visualizar la investigación. Ofrece un amplio panorama de la producción mundial de investigación en los campos de la ciencia, la tecnología, la medicina, las ciencias sociales, las artes y las humanidades.
Pubmed (Medline)	Base de datos que abarca medicina, oncología, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas. Actualmente contiene más de 15 millones de referencias bibliográficas de artículos de revistas desde el año 1960, provenientes de 4800 revistas internacionales de ciencias de la salud (datos 2006).
Scielo	Base de datos que proporciona los textos completos de artículos de revistas científicas de Brasil, Chile, Colombia, Cuba, España, Venezuela y otros países de América del Sur. Scielo provee enlaces de salida y llegada por medio de nombres de autores y de referencias bibliográficas. También publica informes e indicadores de uso e impacto de las revistas.
Cochrane	Es una red global independiente de investigadores, profesionales, pacientes, cuidadores y personas interesadas en la salud.

Wos	Herramienta de búsqueda de información actual o retrospectiva (1996 al presente) relacionada con la ciencia, las ciencias sociales, las artes y las humanidades, de, aproximadamente, 9300 de las revistas de investigación más prestigiosas y de alto impacto en el mundo; puede obtener más de 1.000 millones de referencias citadas que permiten búsquedas.
Cinhal	Base de datos que ofrece una amplia cobertura de contenido, incluyendo 50 especialidades de enfermería.

Fuente: Elaboración propia, (2021)

f.- Criterios de selección de la muestra: La población puede ser delimitada mediante criterios de selección (inclusión y exclusión), características que se deben cumplir para formar parte de la investigación, pues esta permite eliminar sesgos y factores de confusión que interfieren en los resultados de la investigación. A la población le aplicaron los siguientes criterios de inclusión.

f.1.- Criterios de inclusión: A continuación, se indican los criterios de inclusión establecidos a los documentos para poder ser tomados en cuenta en esta investigación:

- 1.- Para la selección de los artículos de investigación incluidos en este trabajo, se utilizó el Programa de Habilidades de lectura crítica español (CASpe)
- 2.- Se utilizaron únicamente artículos originales no meta síntesis ni meta análisis.
- 3.- Se consideraron los estudios con años de publicación no mayor a 5 años (2016 – 2020).
- 4.- Se filtró la búsqueda en idioma incluyendo artículos en español, inglés y portugués.
- 5.- Solo se consideran documentos que abordaron por lo menos tres de las siguientes palabras: satisfacción, calidad de vida, cuidados paliativos y atención en urgencias.

g.- Instrumento de recolección de datos: En este punto Hurtado (11), nos afirma que los instrumentos de recolección de datos consisten en las herramientas utilizadas para recopilar, filtrar

y codificar información, estos eventos han sido poco estudiados y no están instituidos, por lo tanto, el investigador debe desarrollar sus propios instrumentos adaptados a lo que desea lograr. Un instrumento de recopilación de datos es cualquier recurso que el investigador confeccione y utilice para abordar fenómenos y extraer información de ellos; es el recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene establecida y en esta investigación la búsqueda de documentos se realizó por palabra clave para posteriormente verificar si contenían 4 de las 6 establecidas en los criterios de inclusión. Una vez obtenidos los resultados, se procedió a organizarlos en una matriz denominada “Matriz de los Resultados”, la cual se confecciono para tal fin.

3.2.3.- IIIra. Etapa Evaluación de datos

Para realizar la interpretación imparcial de los datos de fuentes primarias, en las revisiones integrativas, se requiere que estén ordenados y clasificados; por tal razón la información fue ordenada en su totalidad.

3.2.4.- IVta. Etapa. Análisis de datos

3.2.4.1.- Reducción de datos. Whittemore (39), afirma que, según que la reducción de datos consiste en simplificar y resumir los datos extraídos de fuentes primarias para garantizar el rigor metodológico que se exige. En este estudio la reducción de datos implicó determinar un sistema de clasificación, realizado mediante la lectura de las publicaciones. Sin dejar de lado que para la reducción de datos y garantizar el rigor metodológico se utilizó la estrategia CASpe para mantener la fiabilidad de los artículos escogidos para la formación del trabajo.

3.2.4.2.- Visualización de datos. Aquí se organizó la información en el instrumento seleccionado para la recolección de datos, utilizando una matriz del programa Microsoft Excel 2010.

3.2.4.3.- Comparación de datos. Se examinó cada una de las categorías estableciéndose análisis de acuerdo con cada eje encontrado.

3.2.4.4.- Extracción de conclusiones. Se establecieron las conclusiones, esta es una etapa más amplia de los datos que permite ubicar las conclusiones.

3.2.5.- Vta. Etapa. Presentación de resultados

En esta etapa se presentan las conclusiones de la literatura y explicitan las variadas fuentes de información, que permiten detallar la cadena de eventos, que se realizó mediante la comparación de datos obtenidos por cada uno de los documentos seleccionados para la realización del documento, uniendo esta información y obteniendo así los resultados mediante el establecimiento de temas de interés para la investigación.

3.3.- Condiciones éticas

Para la realización de la presente tesis de maestría se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 (40), la cual en el artículo 11 establece la clasificación de las investigaciones, de tal modo que este trabajo correspondió a una investigación sin riesgo por ser de tipo documental.

Resultados

Se procede a señalar los principales aspectos de las etapas de desarrollo, descritas en el capítulo 4, específicamente en el subcapítulo 3.2, a continuación, se presentan los resultados obtenidos en las etapas: 2, 3 y 4.

Resultados etapa nro. 2 – Búsqueda de la Literatura

En esta etapa se efectuó la búsqueda de la literatura, la cual se llevó a cabo de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos identificándose el máximo de publicaciones aceptadas por cada una base de datos, tal como se puede observar en el esquema N.º 2.

Inicialmente, el récord de publicaciones científicas indexadas en bases de datos correspondió a 364 artículos, de los cuales 299 fueron excluidos debido a la duplicidad o por no cumplir de forma estricta los criterios de inclusión; de tal forma que se eligieron 65 publicaciones. En seguida se realizó el refinamiento de la búsqueda, encontrando 38 artículos que no evidenciaron en sus resultados temas sobre la calidad de vida, satisfacción de los pacientes en cuidados paliativos, servicio de urgencias, por tanto, fueron excluidos, incluyéndose en total 27 artículos, distribuidos de la siguiente forma:

- 1.- Wos: 12
- 2.- Scielo: 10
- 3.- Medline: 2
- 4.- Scopus: 1
- 5.- Cinhal: 1
- 6.- Cochrane: 1

Resultados etapa nro. 3 – Procesamiento y presentación de los Datos

Se procedió a ordenar, clasificar y codificar cada una de las publicaciones asignando un código a cada artículo, constituido por una letra y un número, para expresar la base de datos a la que pertenecía y el número de publicación. Los códigos fueron asignados así:

- 1.- Wos: A
- 2.- Scielo: B
- 3.- Medline: C
- 4.- Scopus: D
- 5.- Cinhal: E
- 6.- Cochrane: F.

Presentación de las publicaciones incluidas

A continuación, las publicaciones incluidas, presentadas con los siguientes encabezados: título, autores, país, año de publicación y objetivo.

Tabla 4

Publicaciones incluidas como muestra

Código	Título	Autores	País	Año	Objetivo
1A	Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte	Herrera E. Rocafort J. Cuervo M. Redondo M.	España	2016	Garantizar los CP como derecho, integrando las actividades de los diferentes niveles asistenciales
2A	Cuidados paliativos	Sánchez S.	España	2017	Mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes, en situación de enfermedad terminal, y la de sus familias, de forma integral e individualizada, garantizando el respeto a su dignidad y el derecho a su autonomía
3A	Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência	Moreira V. Russo G. Maia M.	Brasil	2016	Analizar la relación entre el trabajo en las unidades de emergencia de los hospitales públicos respecto a situaciones de emergencia y el proceso salud-enfermedad de los sujetos que lo realizan (74).

4A	Garantía de la calidad en salud	Rodríguez A. Lugo D.	México	2016	Cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales de en los centros de salud de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos.
5A	La satisfacción del paciente como medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica	Mira J. Aranaz J.	España	2016	Satisfacción del paciente desde la perspectiva de su utilidad como una medida de resultado de la actividad asistencial
6A	Evaluación de la satisfacción con los cuidados en el paciente oncológico	Arraras J Arias F. Manterola A. Asin G. Arrazubi V. Morilla I.	España	2016	Presentar los niveles de satisfacción de los pacientes en cuidados oncológicos. En el Hospital de Navarra
7A	Evaluación de la satisfacción de los usuarios en Cuidados Paliativos	Santacruz S. Carbonell R.	México	2016	Diseñar y aplicar una Encuesta de Satisfacción de Usuarios para conocer, de manera objetiva, la calidad de la atención prestada a los pacientes, y sus familiares,

					ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos
8A	Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario	García M ^a .	España	2017	Definir la humanización de la asistencia sanitaria y las actuaciones dirigidas a conseguir y mantenerla desde una perspectiva ética, enmarcándolo en el panorama biotecnológico actual.
9A	Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias	Iglesias L, Echarte J.	España	2018	Aportar recomendaciones basadas en los conocimientos científicos médicos, enfermería, comunicacionales, éticos y logísticos para asumir el tratamiento integral del paciente que va a fallecer a urgencias
10A	Estrés ocupacional y autoevaluación de salud entre profesionales de enfermería.	Torrealba M, Souza M, Rodríguez C.	Chile	2016	Analizar la asociación del estrés en el trabajo con la autoevaluación de la salud entre los trabajadores de enfermería en las unidades de emergencia de hospitales públicos

11A	Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias	Antolin A, Ambros A, Mangiron P. Alves D. Sánchez M. Miro O.	España	2017	Evaluar el conocimiento del documento de voluntades anticipadas (DVA) en pacientes con enfermedades crónicas que acuden a urgencias por descompensación y en sus acompañantes.
12A	Transición de los cuidados curativos a cuidados paliativos en el enfermo con patología terminal crónica no transmisible o en el enfermo crítico crónico	Camargo R.	Colombia	2018	Diferenciar la medicina paliativa, que se inicia antes de que el paciente llegue a su situación terminal, de los cuidados paliativos terminales que se refieren a la atención de la fase terminal e irreversible de una enfermedad.
13B	Cuidados paliativos a enfermos adultos terminales en la atención primaria de salud	Espinosa R.	Cuba	2016	Establecer un Programa para el perfeccionamiento integral de la atención médica, de enfermería, psicológica y social del paciente adulto terminal y sus familiares.

14B	Cuidados paliativos en enfermería	Astudillo A, Orbegozo A, Latiegi A. Urdaneta E.	España	2017	Documento resumen sobre las ponencias presentadas en el curso de Cuidados Paliativos en Enfermería organizado en San Sebastián por la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos en Noviembre de 2003
15B	Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos	Gómez X. Pascual A. Espinosa J. Caja C.	España	2017	Proponer medidas que mejoren la atención de los enfermos avanzados y terminales en un contexto de base poblacional, ya sea de nivel de sector, región o nacional
16B	Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado	Romero M, Mesa L, Galindo S.	Colombia	2016	Describir e interpretar las condiciones personales, familiares y laborales que configuran la calidad de vida de las y los profesionales de enfermería, y que inciden en el ejercicio del cuidado

17B	Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales	Urzua A.	Chile	2016	Uso del concepto de CVRS como medida de percepción sobre el nivel de bienestar personal, para la comprensión desde una perspectiva individual la evaluación del estado de salud
18B	Percepción de la calidad de vida y satisfacción con la asistencia recibida en un grupo de pacientes oncológicos terminales que reciben cuidados paliativos en un Hospital de Zaragoza, .	Hernández E. Bueno M. Salas P. Sanz M	España	2016	Conocer la calidad de vida percibida por pacientes oncológicos terminales que reciben cuidados paliativos, así como la influencia que tiene la satisfacción con la asistencia sanitaria en la calidad de vida de estos pacientes
19B	Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado	Contreras R, Coronado M, López H. Aguilar R. Félix A. Vega M ^a .	México	2016	Identificar la satisfacción de los adultos mayores en cuidado de Enfermería de medicina interna y cirugía

20B	Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza	Santana J. Bauer A. Minamisava R. Gómez M.	Chile	2016	Evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre ambos
21B	Calidad de servicio de la consulta externa de medicina interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual.	Casalino G	Perú	2016	Determinar la calidad de servicio en los consultorios externos de medicina interna de un hospital general según la satisfacción percibida por los usuarios
22B	Cuidados paliativos y derechos humanos	Porta J.	España	2018	Identificar las razones por las cuales los cuidados paliativos deben considerarse un derecho humano y de cómo algunos aspectos esenciales surgen del reconocimiento de dicho derecho.
23C	Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería.	Sobeida L. Blázquez A. Quezada A.	México	2018	Conocer el nivel de satisfacción del usuario hospitalizado en el servicio de medicina interna en un hospital regional, con el cuidado de enfermería.

24C	Historia de la Medicina Paliativa	Sanz J.	España	2016	Divulgar la historia y evolución de los cuidados paliativos en Europa y España
25D	Cuidados paliativos: evolución y tendencias	Pino C.	Colombia	2016	Promover el modelo de atención de fin de vida que se dirige a las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de todos los pacientes manejados por un equipo multidisciplinario
26E	Panorama actual de la enseñanza de medicina paliativa en la universidad española.	Vaquero J. Centeno C.	España	2018	Conocer qué facultades de medicina de España han incluido medicina paliativa en su nuevo currículum.
27F	Estudio de satisfacción e identificación de factores de la atención hospitalaria que los familiares de las personas fallecidas consideran importantes en la fase final de vida	Almaraz M ^a , Aldasoro E, Sobradillo N.	España	2017	Conocer la importancia que otorgaban familiares de pacientes al final de la vida a distintos aspectos de la atención recibida, así como su grado de satisfacción, en tres hospitales de agudos y tres



					de media y larga estancia (MLE) del País Vasco.
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia, (2021).

Resultados etapa nro. 4 – Análisis de los resultados

A continuación, la cuarta etapa 4, análisis de los datos, lugar donde se establecerán posibles relaciones entre los datos obtenidos.

Publicaciones de acuerdo a la base de dato obtenida

Se observa en la ilustración N.º 7, la distribución de los artículos científicos en las diferentes bases de datos; el mayor número de publicaciones se encuentra en la base de datos Wos, con 12 publicaciones, equivalentes al 47 %; seguido por Scielo, con 10 artículos (36 %), Pubmed (Medline), con 2 artículos (8 %), Scopus y Cochrane, con 1 artículos cada uno (4 %, respectivamente) y, finalmente, Cinahl, 1 una publicación (2 %).

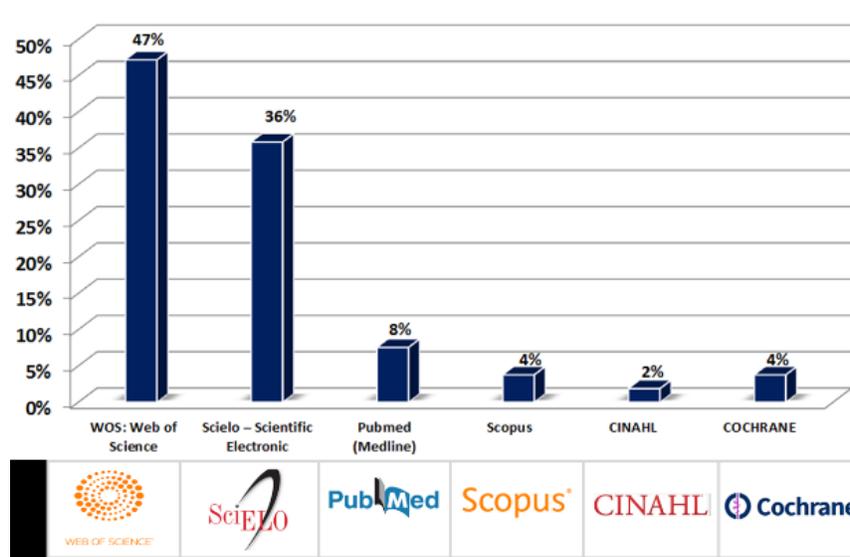


Ilustración 7 Distribución de las publicaciones de acuerdo a la base de datos obtenida

Fuente. Elaboración propia

Como se evidencia, la base de datos Wos contiene el mayor porcentaje de publicaciones científicas, pero es necesario anotar que muchas de estas también se encontraban disponibles en otras bases, como Scielo, Cinahl y Cochrane, y que se consideraron como pertenecientes a Wos porque fue la

primera base de datos consultada; así, se garantizó el rigor metodológico al asegurar que no se presentaran publicaciones repetidas

Distribución de las publicaciones de acuerdo con el año de publicación

En relación con el año de publicación es importante tener en cuenta que no se estableció el criterio de búsqueda ‘límite de tiempo’, teniendo en cuenta que las reformas en el sector laboral y los sistemas de salud se han presentado en diferentes periodos.

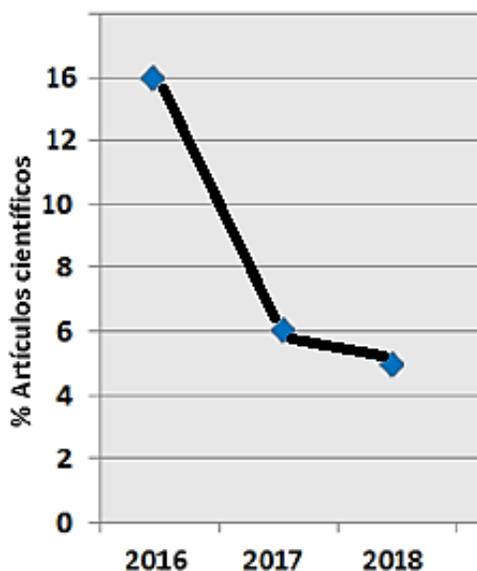


Ilustración 8 Distribución por año de las publicaciones

Fuente: Elaboración propia, (2021)

En la ilustración N.º 8, se muestra la distribución por año de publicación, 2016, 2017 y 2018; se puede observar que el mayor número de artículos (el 59,25 % del total) fue publicado en el año 2016, seguido por el 22,22 % en el 2017 y el 18,52 % en el año 2018, respectivamente.

Distribución de las publicaciones según idioma

En la tabla N.º 5, se encuentra relacionada la distribución según el idioma del artículo; el 96.15 % se encuentra en español y el 3 %, en portugués.

Tabla 5

Distribución de las publicaciones según idioma

Idioma	Frecuencia	%
Español	26	96.15
Portugués	1	03.84
Inglés	0	00
Otros	0	00
Total	27	99.99

Fuente: Elaboración propia

Distribución de las publicaciones de acuerdo con el país de origen

Respecto a la distribución por país de origen del artículo, se puede observar en la tabla N.º 6, que España concentra el mayor número de publicaciones, con 14 artículos (el 51.85 % del total), seguido por México, con 4 artículos (14.81 %), Chile y Colombia con 3 (11 %) y, finalmente, Cuba y Perú con una publicación (3.70 %).

Tabla 6

Distribución de las publicaciones de acuerdo al país de confección

País	Artículo	%
España	14	51.85
México	4	14.81
Chile	3	11.0
Colombia	3	11.0

Cuba	1	3.7
Perú	1	3.7
Total	27	99.99

Fuente: Elaboración propia

Distribución de las frases compuestas por base de datos

A continuación, se presentan el número de las publicaciones que contienen las frases compuestas establecidas en los criterios de selección.

Tabla 7

Frases compuestas en documentos y base de datos

Frases Compuestas	Base de datos						Total	%
								
FC1= Calidad de vida	0	2	3	0	0	0	5	18.51
FC2= Cuidados paliativos	0	3	4	1	1	1	10	37.03
FC3= Servicio de urgencias	0	4	1	1	0	0	6	22.22
Total	1	12	10	2	1	1	27	99.98

Fuente: Elaboración propia

Lo anterior nos informa que la frase compuesta que más se encuentra es la de cuidados paliativos con 10 documentos (37,03%), luego servicio de urgencias médicas con un 22.22% de presencia en el estudio, y un 18.51% de artículos que poseen la frase de calidad de vida, esto nos muestra que existe cierta paridad en cuanto a la documentación de donde se está tomando la información.

Al analizar cada uno de los artículos seleccionados y realizando una lectura crítica de cada uno de ellos se logró identificar una serie de variables que interviene en la calidad de vida del paciente en cuidado paliativo durante la atención en los servicios de urgencia

Cada una de las variables están entrelazadas siendo que la presencia de una de ellas implica la puesta en marcha de las demás o por el contrario la falta de implementación de alguna de las variables afecta las demás puesto que se manejan en un conjunto para mejorar la calidad de vida de los pacientes en cuidado paliativo durante la atención en los servicios de urgencias.

Variable	Definición
Educación en salud	Enseñanza que aumenta la conciencia e influye favorablemente en la actitud para la mejoría de la salud tanto individual como colectiva. Enfoques y técnicas usadas para fomentar hábitos sanitarios cotidianos en la comunidad y para inculcar conocimientos y prácticas de comportamiento higiénico como elementos primarios de salud en el desarrollo personal y de la nación.
Accesibilidad a los servicios en salud	El grado por el cual individuos están impedidos o facilitados en sus capacidades para adentrar a y recibir atención y servicios del sistema de atención de salud. Factores que influyen en esta capacidad incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras entre otras.
Educación del programa de cuidados paliativos	La educación del programa en cuidados paliativos es fundamental para la utilización y

	la fidelización de los pacientes con patologías crónicas que se encuentren en fase terminal o no, para el manejo óptimo del mismo y la disminución en el ingreso de este tipo de pacientes a los servicios de urgencias y de igual manera la hospitalización en los servicios de salud.
Manejo del dolor/síntomas	Forma de terapia que emplea un enfoque coordinado e interdisciplinario, para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los que experimentan dolor.
Atención oportuna	Atención brindada acorde a las necesidades de los pacientes.

Discusión

Acorde a la revisión de los diferentes documentos presentados, se ha podido establecer el estado de situaciones como la calidad de vida y satisfacción del paciente paliativo durante su atención en los servicios de urgencia, donde es atendido por un personal multidisciplinario del cual el personal de enfermería es con quien posee más contacto, tanto el paciente como sus familiares. El rol que afronta el personal de enfermería en este campo no es claro, sin embargo tiene que ser vigilante sobre el comportamiento de los síntomas del paciente, a la vez que se interrelaciona con los familiares del mismo, debiendo cubrir con la atención que brinda, las necesidades individuales, concretas y específicas del paciente, las cuales se encuentran en continuo cambio y evolución, debiendo respetar los valores, creencias y estilos de vida, siempre en pro del confort, bienestar, calidad de vida y satisfacción del paciente y sus familiares.

Una de las bases fundamentales de los cuidados paliativos es dar un soporte físico, espiritual y psicosocial al paciente estableciendo un abordaje de cuidado especial, destinado a mejorar su calidad de vida y la de sus familiares, por medio de la evaluación y ejecución tratamiento adecuado para el alivio del dolor y de los síntomas. El dolor representa una variable con amplia presencia en los estudios analizados, resultaron un factor importante durante el tratamiento impartido por el personal a los pacientes, es una situación que mide la calidad del tiempo pasado por los pacientes en la unidad de atención pues de acuerdo a la intensidad en el paciente lo tiende a desestabilizar, y por ende a sus familiares, provocando esto que pierda el sentido de la satisfacción hacia el servicio recibido. Dentro de los factores, de mayor frecuencia encontrada en los pacientes paliativos tenemos el problema del insomnio, el cual fue tratado por diferentes medios, desde el natural hasta el inducido, situación, el sueño, que es requerida como medida de conservación y mejora de la

funcionalidad física del paciente. En cuanto a la calidad de vida de los pacientes se pudo encontrar que el factor dolor es un elemento de fuerte influencia en la conformación de un buen concepto de satisfacción que pueda formarse sobre los cuidados recibidos el servicio de urgencia. Este mismo elemento, el dolor, se encontró fuertemente asociado al insomnio y a la constipación en pacientes durante su posterior asistencia al servicio de urgencias. Siguiendo con el dolor se pudo encontrar que las personas de edad avanzada pudieron controlar mejor el dolor que las personas entre 18 a 30 años, lo cual podría relacionarse con la tolerancia de los adultos a situaciones adversas. Se encontró una posible relación entre la mejora de calidad de vida y la satisfacción del paciente basado en la oportuna y amable asistencia recibida, lo cual ha sido similar en casi la totalidad de los estudios que tratan el tema en esta investigación. En cuanto a la satisfacción, se encontró una fuerte relación con la preparación del personal de enfermería en las urgencias médicas, pues este no se encuentra mayoritariamente preparado siendo personal de otras áreas que se trasladan a las urgencias a manejar los pacientes paliativos con la premisa de realizar un trabajo en conjunto con el resto del personal, obviando que ese tipo de pacientes se encuentra rodeado, en la mayoría de los casos, por familiares que acuden con el paciente y se encuentran hasta más tensos que el paciente comportándose con gran frecuencia, de manera acelerada tratando de acelerar el servicio a recibir, provocando en la mayoría de los casos inconvenientes y afectando el concepto de satisfacción del paciente hacia el servicio recibido. Según el análisis de la documentación presentada, que el sexo masculino fue el más agradecido por los servicios recibidos, pudiendo deberse a ser una situación de caballerosidad hacia el personal de enfermería que en su mayoría son féminas.

conclusión

Con respecto a los objetivos planteados en esta investigación podemos decir que sobre:

1.- Caracterizar la producción científica disponible relacionada con las variables que interviene en la calidad de vida en los pacientes de cuidado paliativo durante su atención en los servicios de urgencias.

Con respecto al lugar donde se hace la mayor producción científica sobre el área de los cuidados paliativos tenemos que Brasil es el país de mayor producción científica en Latinoamérica, teniendo liderazgo en áreas como los cuidados paliativos, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebro vasculares y salud pública, a esto hay que agregarle que actualmente Brasil es el país con mayor extensión territorial y mayor población en el continente Sudamericano.

El aporte de la producción científica sobre cuidados paliativos en Latinoamérica con respecto a otras áreas médicas es muy bajo, pudiendo deberse a la falta de formación desde el pregrado y programas de residencias médicas que integren de forma adecuada este tema, así mismo la falta de financiamiento, incentivos y programas de capacitación en investigación en esta área. Existen diversos factores que influyen en el incremento de la producción científica de un país, como la inversión económica, personal capacitado y dedicado exclusivamente a la investigación de esa área, lo cual amerita políticas públicas que favorezcan ese desarrollo.

El motor de búsqueda en el que se ubicó mayor documentación para la confección de esta investigación resulto ser el denominado WoS con 12 publicaciones aportadas, seguida de Scielo con 10 publicaciones, luego PubMed con 2 y Cochrane, Scopus y Cinahl con una cada una, durante los años 2016-2017 y 2008, todo esto con el conocimiento que las publicaciones aquí analizadas

fueron indexadas y pasaron por un proceso de selección para poder conformar la población de estudio, todas excepto una se encuentran en español.

2.- Determinar las temáticas a partir de los resultados encontrados sobre las variables o elementos que intervienen sobre la percepción de calidad de vida en pacientes en cuidado paliativo durante su atención en los servicios de urgencias.

Se encontró una relación directa entre una mayor y mejor calidad de vida durante la estancia en los servicios de emergencia con la satisfacción de las necesidades puntuales específicas del paciente por parte del personal de urgencias en 6 de los 27 documentos analizados

Se evidencio la presencia de cuidados, por llamarlos así, invisibles como el acompañamiento, la preocupación, la empatía, dar importancia al paciente y a la familia que no están descritos pero que se realizan de modo automático haciendo de los profesionales de enfermería conscientes de la necesidad de realizar un cuidado humano y humanizado, que eleve la calidad de vida de los pacientes y familiares involucrados.

Se determinaron tres limitaciones para brindar un correcto proceder en los cuidados paliativos como lo son: el factor tiempo, un recurso humano no formado y una alta demanda de los servicios, evitando todo ello que se proporcionen unos cuidados paliativos eficientes para la mejora de la calidad de vida de los pacientes en los servicios de urgencias.

3.- Identificar vacíos de conocimiento sobre la calidad de vida de los pacientes en cuidado paliativo cuando acuden a los servicios de urgencias, para futuras investigación sobre el fenómeno de estudio.

Se comprobó mediante el análisis de la documentación de esta investigación, que el personal de enfermería no se encuentra capacitado en su mayoría pues no poseen formación sobre el cuidado

de los pacientes paliativos, realizando una aplicación inadecuada de los cuidados de enfermería, creando la posibilidad que el profesional de enfermería tenga problemas, y adquiera estados mentales como depresión, insatisfacción, estrés y otros eventos productos del stress laboral

Se evidencia en los estudios que el área de los cuidados paliativos, se ha ido progresivamente incrementando debido a su alta demanda, lo cual, ha fortalecido la idea de que por ser un proceso por el cual todos vamos a pasar, se pretenda transitarlo de la mejor forma posible ubicando los mejores medios para determinado fin.

Recomendaciones

- 1.- Se debe implementar la educación teórica y práctica, con sensibilización sobre el tema de cuidados paliativos en el plan de estudio de las carreras afines a ciencias de la salud. Para lo cual deben implementarse cursos de postgrado en modalidades de maestría, doctorado, especialidad, en esta área. Así también integrar el tema de cuidados paliativos dentro de los planes de estudio programas de residencia médica y pregrado.
- 2.- Se deben establecer políticas públicas para la creación de Unidades de Cuidados Paliativos, que permitan la investigación y generación de normas de uso médico, en especial en el ambiente del servicio de urgencias, y así poder tener referentes al tema. La colaboración entre países para las publicaciones científicas sobre cuidados paliativos debería incrementarse, pues favorece el intercambio académico y tecnológico, en especial entre los países latinoamericanos.
- 3.- Se recomienda establecer filiales de Asociaciones Nacionales de Cuidados Paliativos, para que las especialidades que están ligadas directamente con los cuidados paliativos puedan incrementar su capacitación y producción científica. Resulta importante adecuarse a las características que debe tener una publicación para tener mayor impacto, como es la publicación en el idioma inglés que continúa siendo el idioma predominante para todas las ciencias, por lo que se recomienda fomentar el estudio de este idioma entre nuestros estudiantes e investigadores.

Referencias

1. Hui D. Conceptos y definiciones sobre cuidados paliativos Denver: Support Care Cancer; 2013.
2. Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Necesidades, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes: hacia un modelo integral. Resultados de vida con calidad de salud. [Online].; 2004 [cited 2021 01 25. Available from: <http://www.hqlo.com/content/2/1/32>.
3. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2020 [cited 2021 01 28. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
4. Minsalud.gov.co. La salud es de todos. [Online].; 2020 [cited 2020 01 28. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/cuidados-paliativos.aspx>.
5. Hernandez E. Percepción de la calidad de vida y satisfacción con la asistencia recibida en un grupo de pacientes oncológicos terminales Barcelona: España; 2016.
6. Colloca G, Corsonello A, Marzetti E. Tratamiento del cáncer en pacientes mayores: Care Med; 2016.
7. Montes de Oca L. Historia de los cuidados paliativos. Revista Digital Universitaria. 2006 Apr; 4(7).
8. Sanz J. Historia de la medicina paliativa Madrid: Medicina Paliativa; 1999.
9. Astudillo A, Orbeagoza A, Latiegi A. Cuidados paliativos en enfermería Lisboa: Sociedad Vasca de cuidados paliativos; 2003.
10. Bavaresco A. La metodología general Maracaibo: Princeton; 2013.

11. Hurtado J. Metodología de la investigación I Caracas: Episteme; 2012.
12. La bioética en los cuidados paliativos. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2014.
13. Espinosa R. Cuidados paliativos a enfermos adultos terminales en la atención primaria de salud. [Online].; 2006 [cited 2021 01 28. Available from: <http://tesis.repo.sld.cu/116/1/EspinosaRoca.pdf>.
14. Palma A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. [Online].; 2007 [cited 2021 01 28. Available from: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>.
15. Conde H. Los cuidados paliativos: sus raíces, antecedentes e historia desde la perspectiva cristiana Madrid: Palabra; 2006.
16. Sanchez S. Cuidados paliativos. [Online].; 2011 [cited 2021 01 28. Available from: <http://www.cuidarypaliar.es/doc236>.
17. Nayeli M, Tania R, Maria R. Ética, bioética y legalización en los cuidados paliativos. [Online].; 2010 [cited 2021 01 28.
18. Junta de Andalucía. Escuela de pacientes. [Online].; 2017. Available from: http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_guia.aspx?stk=Aulas/Cuidados_paliativos/Guias_Informativas/Control_de_sintomas_en_cuidados_paliativos#.
19. Congreso de la República de Colombia. Ejercicio de la profesión de enfermería, ley 266. ; 1996.
20. Pastrana T. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica Houston: IAHP; 2012.
21. Consumo M. Guía de práctica clínica. , Servicio central de publicaciones del gobierno vasco; 2008.

22. Bayes R. Aproximacion a la historia Baecelona: Informacion Psicologica; 2010.
23. Del Rio M. Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. Boletin. Santiago de Chile: Escuela de Medicina, Medicina; 2007. Report No.: 1.
24. Bobes J, Bousoño M, Suarez E. Desarrollo historico del concepto de calidad de vida. Monografias. Unioviado, Psiquitria; 1993. Report No.: 5.
25. Bobes J. Desarrollo historico del concepto de calidad de vida. [Online].; 1993 [cited 2021 01 28. Available from: http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1993/1993_Bobes_D.
26. Suñol R. Entrevista a Dr. Avedis Donabedian. Calidad asistencial. 2001;; p. 58-59.
27. Donabedian A. Garantia y calidad de la atencion medica Mexico D.F.: Instituto Nacional de salud publica; 1990.
28. Mira J, Aranaz J. La satisfaccion del paciente como medida del resultado de la atencion sanitaria Madrd: Medicina Clinica; 2000.
29. Arraras J, Arias F. Evaluacion de la satisfaccion con lops cuidados del paciente Zaragoza: Paidos; 2010.
30. Santacruz S. Evaluacion de la satisfaccion La Habana: Madicina Paliativa; 1999.
31. Garcia M. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el. Metas de enfermeria. 2014;; p. 70-74.
32. Gomez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la. [Online].; 2017. Available from: <https://goo.gl/ujqnrB>.

33. Iglesias L, Echarte J. Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. *Emergencias*. 2007;; p. 19-22.
34. Antolin A, Ambros A, Mangiron P. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo. *Revista Clínica Española*. 2010;; p. 17 - 22.
35. Martin L.. ¿Qué son los cuidados paliativos? *MedlinePlus*. 2016;; p. 15-20.
36. Iglesias M, La Fuente A. Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en. 2010 Jun 25..
37. Camargo R. Transición de los cuidados curativos a cuidados paliativos en el enfermo con patología terminal no transmisible o en el enfermo crítico crónico. *Medicina*. 2014;; p. 80-84.
38. Arias F. *El Proyecto de Investigación Caracas: Episteme*; 2012.
39. Whittemore R. The integrative review: updated methodology. *Journal Of Advanced Nursing*. 2005 Jun; 52(5).
40. Minsalud.gov.co. Minsalud.gov.co. [Online].; 1993 [cited 2021 4 20. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
41. Hurtado J. *Investigación Educativa Caracas: Tricolor*; 2010.
42. Bavaresco T. *Metodología de la investigación documental Caracas: Episteme*; 2003.
43. ONU. *Perspectivas de la población mundial*. ; 2019.
44. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2011 [cited 2020 01 28. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/10-083766-ab/es/>.

45. Orozco M. Calidad en salud. In IV Curso internacional de desarrollo de sistema de salud; 2009; Managua: CIES.