



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que
asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la
ciudad de Guayaquil, Año 2022.**

AUTORES:

**Jarrin Giler Fiorella María
Loza Pacheco María Gabriela**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Garrido, Julia Yndeliria. Mgs.

Guayaquil, Ecuador

2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Certificación

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Jarrin Giler Fiorella María** y **Loza Pacheco María Gabriela**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**.

f. _____

LCDA. GARRIDO, JULIA YNDELIRIA. MGS.

TUTORA

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA

Guayaquil, a los 02 días del mes de Mayo del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Declaración de Responsabilidad

Yo, **Jarrin Giler Fiorella María**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA DE ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de Mayo del 2023

AUTORA

f. _____

Jarrin Giler Fiorella María



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Declaración de Responsabilidad

Yo, **Loza Pacheco María Gabriela**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA DE ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de Mayo del 2023

AUTORA

f. María Gabriela Loza

Loza Pacheco María Gabriela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

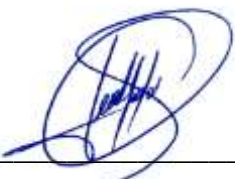
Autorización

Yo, **Jarrin Giler Fiorella María**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de Mayo del 2023

AUTORA

f. 

Jarrin Giler Fiorella María



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Autorización

Yo, **Loza Pacheco María Gabriela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de Mayo del 2023

AUTORA

f. María Gabriela Loza

Loza Pacheco María Gabriela

Reporte de Urkund

URKUND Lista de fuentes **Bloques** Julia Garrido (julia.garrido@cu.ucsg.edu.ec)

Documento [Tesis Jarrin - Loza.docx](#) (D165713278) 👤 📄

Presentado 2023-05-02 15:25 (-05:00)

Presentado por fiorella.jarrin@cu.ucsg.edu.ec

Recibido julia.garrido.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje TESIS JARRIN Y LOZA [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de estas 42 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Reiniciar Con

1 ⚠

<p>65%</p> <p>2022.</p> <p>AUTORES: Jarrin Giler Fiorella María Loza Pacheco María Gabriela</p> <p>Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA</p> <p>TUTORA: Lcda. Garrido, Julia Yndeliria. Mgs. Guayaquil, Ecuador 2023</p> <p>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA</p> <p>Certificación</p> <p>Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Jarrin Giler Fiorella María y Loza Pacheco María Gabriela, como requerimiento para la obtención del título</p> <p>de LICENCIADOS EN ENFERMERÍA.</p> <p>f.</p>	<p>Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA</p> <p>TUTORA: Lic. Molina de la Vera, Laura MGS. Guayaquil, Ecuador 03 de Mayo del 2023</p> <p>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA</p> <p>Certificación</p> <p>Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Alonzo González Angie Michelle y Velásquez Quiroz Diana Irene, como requerimiento para la obtención del título</p> <p>de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA.</p> <p>f.</p> <hr/> <p>LIC. MOLINA DE LA VERA, LAURA MGS. TUTORA</p> <p>f.</p>
---	---

Document Information

Analyzed document	Tesis Jarrin - Loza.docx (D165713278)
Submitted	2023-05-02 22:25:00
Submitted by	
Submitter email	fiorelia.jarrin@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	julia.garrido.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

Entire Document

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022.

AUTORES: Jarrin Giler Fiorella María Loza Pacheco María Gabriela

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

TUTORA: Lcda. Garrido, Julia Yndeliría. Mgs.

Guayaquil, Ecuador 2023

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

Certificación

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Jarrin Giler Fiorella María y Loza Pacheco María Gabriela, como requerimiento para la obtención del título de LICENCIADOS EN ENFERMERÍA.

f. _____ LCDA. GARRIDO, JULIA YNDELIRIA. MGS. TUTORA

f. _____ LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA

Guayaquil, a los 02 días del mes de Mayo del 2023

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

Declaración de Responsabilidad

Yo, Jarrin Giler Fiorella María

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación,

Valoración del

dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de

un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022,

previo a la obtención del título de LICENCIADA DE ENFERMERÍA, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales

de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o

bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del

contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios quién ha sido mi guía en todo momento y me ha dado la fortaleza para seguir adelante y ayudarme a conseguir mis anhelos más preciados.

A mis padres, por su comprensión y estímulo constante, además su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios que sin ellos no hubiera cumplido esta meta.

A mis abuelos, por su amor y apoyo incondicional.

A mis hermanos por su amor, por siempre estar presentes, acompañándome y por su apoyo moral.

A mi novio por su apoyo incondicional.

Y a todas las personas que de una y otra forma me apoyaron en la Realización de este trabajo.

A mi compañera de tesis María Gabriela Loza que a pesar de sus problemas de salud durante casi 1 mes siempre se mantuvo comprometida con el proyecto. Juntas empezamos y juntas terminamos.

Fiorella María Jarrin Giler

Agradecimiento

Mi principal agradecimiento es a dios quien me a guiado y me ha dado la fortaleza para salir adelante.

Para mi mami Francisca Pacheco por luchar día a día por su hijos en especial por mí, por ser el soporte en nuestras vidas y ser madre en todo el sentido de la palabra, por sus cuidados paciencia amor y dedicación, muchas veces se olvidó de ella por nosotros vivo eternamente agradecida de tenerte, gracias por despertar junto a mi para que yo nunca salga sin desayuno de casa por acompañarme en este camino que decidí emprender este logro es por ti porque nos merecemos ser feliz y vivir cómodamente como hemos soñado. Te amo mami

A mi papi Dr. Mario loza T, gracias por darme una nueva oportunidad de volver a empezar gracias por decirme aquel día vamos tú puedes yo te apoyo, y así fue gracias por tu ayuda económica y moral gracias por subirme la autoestima y hacerme ver que yo podía con todo y mucho más. Llevo grabada tus palabras en mi memoria solo le pido salud a dios porque el resto lo consigo yo.

A mi hermana, María Loza gracias también por apoyarnos y como siempre lo decimos somos solo nosotras gracias por recibirnos en tu casa a sido un cambio grande para q continúe estudiando te amo y gracias por todo se vienen tiempos mejores para nosotras.

A mis hermanos Raymundo, Mario, Roberto, Ashley, Mafer, gracias por todo Uds. también son parte de este logro.

A mis tíos, a mi tía Loly que desde pequeña me enseñó los valores fundamentales de la vida.

A mi compañero de vida Miguel Melendres, gracias amor por tu apoyo incondicional por acompañarme en este proceso caminar conmigo despertar cada mañana para que yo llegue bien, gracias por cuidar de mí.

A lo bonito y tierno de mi vida mis sobrinos Zahorí, Luciana Eliel, Niurka y Eyleyn gracias por cada momento de ternura que me brindan y amor puro.

A mi dulce amiga Fiorella María Jarrin Giler mi compañera de tesis, es el ángel q dios envió para luchar juntas en la carrera gracias por tu comprensión y apoyo incondicional y estar al pie de mi cama en el hospital mientras estuve enferma, juntas iniciamos y justas terminamos que nuestra amistad perduró hasta viejitas.

Para mis compañeras de la UCSG que conocí en el transcurso de los semestres gracias por su amistad y apoyo sincero, para mis compañeras y amigas de internado, que se volvieron parte de mi vida y se convirtieron en hermanas que regala la vida, gracias eternamente por lo vivido y nunca olvidare esa etapa de mi vida.

María Gabriela Loza Pacheco

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi abuelita María que es mi pilar fundamental.

A mi hermana Mikella que siempre me ha apoyado y motivado a seguir adelante para cumplir mis metas.

Y a mis padres que sin ellos no hubiera cumplido esta meta.

Fiorella María Jarrin Giler

Dedicatoria

Está dedicado para mi Abuelita Doña Rosita Torres Luque, gracias por ser luz en medio de la oscuridad sé que ella es la más feliz de todas por este logro alcanzado eres la estrella que me acompaña día a día. Gracias por tus eternos consejos que siempre los llevo guardado en mi memoria y en mi corazón, de ti aprendí la gratitud y dar sin recibir nada a cambio esto es por ti, por soportar y ver siempre por nosotras.

María Gabriela Loza Pacheco



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Tribunal de Sustentación

f. _____

**LCDA. ÁNGELA OVILDA, MENDOZA VINCES, MGS.
DIRECTORA DE CARRERA**

f. _____

**LCDA. MARTHA LORENA, HOLGUÍN JIMÉNEZ, MGS.
COORDINADORA DEL AREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN**

f. _____

**LCDA. LAURA HORTENCIA MOLINA DE LA VERA, MGS
OPONENTE**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Calificación

Índice

Contenido	
Resumen	XIX
Abstract.....	XX
Introducción	2
Capítulo I	4
1. Planteamiento del Problema	4
1.1. Preguntas de investigación	6
1.2. Justificación.....	7
1.3. Objetivos	8
1.3.1. Objetivo General.....	8
1.3.2. Objetivos Específicos.....	8
Capítulo II.....	9
2. Fundamentación Conceptual.....	9
2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.2. Marco Conceptual.....	12
2.2.1. Cáncer	12
2.2.1.1. Tipos de cáncer	13
2.2.1.2. Estadíos o Etapas	16
2.2.1.2.1. Etapa Terminal	16
2.2.2. Valoración de pacientes con cáncer	18
2.2.2.1. Escalas de valoración del dolor	20
2.2.2.2. Escala Analógica Visual (EVA).....	21
2.2.2.3. Escala de Karnofsky	22
2.2.3. Dolor	25
2.2.3.1. Tipos de dolor.....	26
2.2.3.2. Patrones del dolor	29
2.2.4. Cuidados Paliativos	30
2.2.4.1. Definición de cuidados paliativos	30
2.2.4.2. Cuidados de enfermería.....	31
2.2.4.3. Valoración de los cuidados paliativos	32
2.3. Marco Legal	33

2.3.1. Constitución del Ecuador.	33
2.3.2. Modelo de Atención Integral de Salud.	35
2.3.3. Ley Orgánica de Salud.	35
2.3.4. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida.	37
Capítulo III	38
3. Diseño de la Investigación	38
3.1. Tipo de estudio	38
3.2. Población y muestra:	38
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	38
3.4. Procedimientos para la recolección de la información	38
3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos	39
3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano	39
3.7. Variables Generales y Operacionalización	39
4. Presentación y Análisis de Resultados	41
5. Discusión	51
6. Conclusiones	54
7. Recomendaciones	55
8. Referencias	56

Índice de Figuras

Figura No. 1 Edad.....	41
Figura No. 2 Sexo.....	42
Figura No. 3 Etnia.....	43
Figura No. 4 Residencia	44
Figura No. 5 Estado civil	45
Figura No. 6 Nivel de educación	46
Figura No. 7 Nivel socioeconómico.....	47
Figura No. 8 Valoración mediante Escala de Karnofsky	48
Figura No. 9 Tipos de dolor.....	49
Figura No. 10 Valoración del Dolor mediante Escala EVA	50

Resumen

La valoración del dolor en pacientes en etapa terminal es importante, debido a que permite establecer los procedimientos y las medidas necesarias, para mitigar el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo espiritual y psicológico durante esta etapa. **Objetivo:** Determinar la valoración del dolor en los pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022. **Metodología:** descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal. **Población:** 248 pacientes del área de cuidados paliativos que cumplen con criterios de inclusión. **Técnica:** Observación indirecta, **Instrumento:** Matriz de Observación indirecta, Escala de Karnofsky (68) y Escala de EVA. **Resultados:** Entre las características predominaron los pacientes de más de 58 años (50,40%), de sexo mujer (59,68%), mestizos (98,79%), de residencia urbana (97,58%), de estado civil solteros (52,42%), con un nivel de educación secundario (43,15%) y que reciben sueldo básico (60,48%); en cuanto a la Escala de Karnofsky el 24,19% son considerados moribundos irreversibles. De acuerdo con la duración presentan dolor crónico (100,00%) y según la patogenia, el dolor es nociceptivo (100,00%); a través de la Escala de EVA, presentan dolor severo (41,53%). **Conclusión:** La mayoría de los pacientes que fueron atendidos en el área de cuidados paliativos, presentaron dolor severo y algunos casos se clasificaron como moribundos irreversibles; por lo que el uso de estas escalas permite predecir la supervivencia de los pacientes y establecer los tratamientos para contrarrestar el dolor y mejorar la calidad de vida durante su etapa terminal.

Palabras clave: Valoración, Dolor, Etapa Terminal, Pacientes, Cuidados Paliativos, Cáncer

Abstract

Pain assessment in terminal stage patients is important because it allows establishing the necessary procedures and measures to alleviate pain and other symptoms, providing spiritual and psychological support during this stage. **Objective:** To determine the assessment of pain in terminal stage patients who attend the palliative care area of a hospital in the city of Guayaquil, Age 2022. **Methodology:** descriptive, quantitative, prospective, cross-sectional. **Population:** 248 patients from the palliative care area who meet the inclusion criteria. **Technique:** Direct observation, **Instrument:** Direct Observation Matrix, Karnofsky Scale (68) and EVA Scale. **Results:** Among the characteristics, patients over 58 years of age (50.40%), female (59.68%), mestizo (98.79%), urban residence (97.58%), state single civilians (52.42%), with a secondary level of education (43.15%) and receiving basic salary (60.48%); Regarding the Karnofsky Scale, 24.19% are irreversible moribund. According to the duration, they present chronic pain (100.00%) and according to the pathogenesis, the pain is nociceptive (100.00%); through the VAS Scale, they present severe pain (41.53%). **Conclusion:** Most patients who were treated in the palliative care area presented severe pain and some cases were classified as irreversible moribund; Therefore, the use of these scales makes it possible to predict the survival of patients and to establish treatments to counteract pain and improve the quality of life during their terminal stage.

Keywords: Assessment, Pain, Terminal Stage, Patients, Palliative Care. Cancer

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término "cáncer" se utiliza comúnmente para describir una amplia gama de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del cuerpo. Una característica fundamental del cáncer es la rápida propagación de células anormales que invaden más allá de los límites normales, infiltrándose en áreas cercanas del cuerpo y, en algunos casos, diseminándose a otros órganos a través del proceso de "metástasis". Esta propagación es una de las principales causas de mortalidad (1).

Los cuidados paliativos son un enfoque en la atención médica que se centra en el manejo de la enfermedad y los síntomas de las personas que padecen enfermedades graves o tienen una expectativa de vida limitada. El objetivo de estos cuidados es mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y sus familiares, al abordar los problemas físicos, psicológicos, sociales o espirituales inherentes a una enfermedad que puede ser potencialmente mortal, lo que genera sufrimiento. Es importante destacar que estos cuidados deben ser proporcionados a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona, que presten atención especial a las necesidades y preferencias individuales (2).

Es importante destacar que la mayor parte de los pacientes que necesitan o precisan cuidados paliativos padecen de enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, VIH/SIDA y diabetes. Sin embargo, hay muchas otras afecciones que pueden requerir asistencia paliativa, como la insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos (2).

En la disciplina de Enfermería, resulta crucial realizar una adecuada evaluación del dolor en los pacientes en fase terminal, con el fin de valorar la efectividad de los tratamientos analgésicos, anticipar el dolor después de los procedimientos y complementar con medidas analgésicas no

farmacológicas. El manejo óptimo del dolor es complejo y requiere un enfoque multidimensional. En este sentido, los cuidados que brinda el profesional de enfermería están enfocados en aliviar el dolor y otros síntomas, así como en proporcionar apoyo emocional y espiritual para ayudar a los pacientes a mantener la mayor actividad posible hasta el final de sus vidas (3).

Se realiza la presente investigación sobre el dolor en pacientes con cáncer con el propósito de determinar la Valoración del dolor en los pacientes con cáncer en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un Hospital de la ciudad de Guayaquil. Este es un análisis de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. esta información aporta una base para proponer estrategias de abordaje multidisciplinario e integral del dolor, especialmente en la fase final de vida.

Capítulo I

1. Planteamiento del Problema

El dolor es una sensación intensa y angustiante que puede surgir en cualquier parte del cuerpo debido a causas internas o externas, y constituye una de las principales manifestaciones clínicas que experimentan los pacientes en fase terminal. Según la Organización Mundial de la Salud, el manejo y evaluación del dolor requiere de una intervención interdisciplinaria, integral y coordinada entre los diversos profesionales de la salud, incluyendo al personal de enfermería. Además, se debe prestar atención a los cuidados físicos, psicológicos y espirituales centrados en el paciente y su familia para mejorar su calidad de vida en el contexto de enfermedades que pueden ser mortales (4).

A pesar de que los profesionales de la salud tienen un papel crucial en la evaluación y manejo del dolor, diversos estudios han demostrado que las personas afectadas a menudo no reciben un tratamiento adecuado y oportuno. Según estas investigaciones, el dolor a menudo se aborda únicamente a través del tratamiento farmacológico, mientras que se presta poca atención a otros factores importantes como el confort, la compañía o la iluminación. Un tratamiento eficaz del dolor no solo reduce costos, sino que también mejora la calidad de la atención, reduce las complicaciones y proporciona mayor comodidad (5).

Se observa un incremento en la necesidad de cuidados paliativos a nivel global, asociado al envejecimiento de la población, al aumento de las enfermedades crónicas y al interés por mejorar la calidad de vida del paciente. Según Sleeman, se espera que para el año 2060, cerca de 48 millones de personas fallezcan con dolor intenso y relacionado con su salud. Asimismo, se espera que la carga mundial de sufrimiento grave se incremente rápidamente en los países de bajos ingresos y entre las personas de edad avanzada (6).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, hubieron más de 40 millones de personas en el mundo que necesitaron cuidados paliativos. Los cuidados paliativos no se limitan solo a pacientes con cáncer, sino que también se brindan a aquellos que padecen enfermedades degenerativas como Parkinson, insuficiencia cardíaca, enfermedades genéticas o infecciosas. Al ampliar el alcance de las enfermedades que pueden requerir cuidados paliativos, se prevé un aumento en la demanda de estos servicios en los próximos años. Sin embargo, en este estudio nos centraremos en la actitud de los profesionales de enfermería en la atención paliativa de pacientes con cáncer (7).

En América Latina, más de tres millones de personas sufren graves problemas de salud cada año, y de ellos, alrededor de 1,5 millones fallecen. La carga de sufrimiento relacionada con la salud está en aumento debido al envejecimiento de la población y a la prevalencia creciente de enfermedades crónicas que podrían ser tratadas con cuidados paliativos. A pesar de esto, los estudios indican que la atención de los pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad no es óptima. En la actualidad, América Latina tiene una tasa de 2,6 servicios por millón de habitantes, con un rango que va desde 24,5 en Uruguay hasta 0,6 en Perú (8).

El Ministerio de Salud Pública en Ecuador indica que el cáncer se diagnostica tardíamente, lo que complica la gestión del dolor. En 2017, se reportó que las áreas anatómicas más comunes de dolor en pacientes con cáncer son: columna vertebral (36%), abdomen (27%), tórax (24%), miembros inferiores (22%), cabeza-cuello y región pélvica (17%), miembros superiores (11%), y región perianal (7%). Se estima que hasta el 75% de los pacientes con cáncer avanzado experimentan dolor al ser ingresados al hospital, y el 70-80% presenta dolor en las últimas cuatro semanas antes de fallecer (9).

En un Hospital Oncológico de la ciudad de Guayaquil se ha podido observar que al área de cuidados paliativos acuden pacientes en fase de etapa terminal, quienes presentan una variedad de síntomas, entre los cuales se recalca el dolor como uno de los más incapacitantes, su intensidad varía en función de

la etapa evolutiva, pero también se puede influenciar por otros factores como el estado emocional. Cabe señalar que existen ocasiones en que se puede llegar a minimizar la importancia del dolor oncológico y no se logra un abordaje multidisciplinario e integral que requieren los pacientes de esta institución.

1.1. Preguntas de investigación

- ¿Cómo se valora el dolor en los pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022?
- ¿Qué características sociodemográficas presentan los pacientes con dolor que acuden al área de Cuidados paliativos?
- ¿Qué tipo de dolor manifiestan los pacientes en etapa terminal que presentan de cuidados paliativos?
- ¿Con que parámetros se evalúa el dolor de los pacientes en etapa terminal?

1.2. Justificación

La presencia de dolor en un paciente con cáncer es diferente y depende del tipo y la etapa de la enfermedad, así como de la tolerancia personal de cada individuo. Según estudios, el dolor es el síntoma principal en el 40% de los pacientes oncológicos en fase temprana y en el 75% en fase avanzada. Para evaluar adecuadamente el dolor en estos pacientes, es necesario considerar las características e intensidad del dolor que experimenta cada paciente (10).

El dolor varía en tipo, intensidad y ubicación en cada persona, y un enfoque colaborativo entre el paciente y el equipo médico puede ayudar a encontrar las mejores medidas para manejarlo. Sin embargo, la falta de investigación sobre este tema ha sido un desafío tanto para la institución encargada como para los pacientes, sus familiares y el personal de enfermería involucrado, por ello la necesidad de realizarlo por las pocas referencias, siendo que enfermería está a cargo de los pacientes permitiendo así la valoración continua de los pacientes hospitalizados para brindar una atención oportuna.

A su vez, se destaca que el presente estudio tendrá relevancia para la sociedad, porque mediante los hallazgos obtenidos podrá servir de apoyo para que el profesional de enfermería pueda afrontar de manera conveniente cada una de las situaciones que se pueden presentar el paciente durante los cuidados paliativos; lo que a su vez permite garantizar que haya una atención de calidad a todos los pacientes atendidos en esta institución. Así mismo, los hallazgos tienen relevancia para la comunidad científica, debido a que permitirá compartir estos resultados con las autoridades del Hospital Oncológico en mención, para posteriormente enriquecer la instrucción y fortalecer las atenciones del personal de enfermería durante su desempeño en las diferentes áreas.

Mientras tanto, en lo académico, los resultados de este estudio se transformarán en un aporte importante para la comunidad de estudiantes universitarios que necesitan fuentes confiables y fidedignas para basar

sus investigaciones universitarias, que busquen determinar la valoración del dolor en pacientes en etapa terminal, para el desarrollo de estrategias que permitan un mejor manejo de estos pacientes en esta etapa de sus vidas. El trabajo de estudio cumple con la línea de investigación en Enfermedades crónicas y degenerativas de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General.

Determinar la valoración del dolor en los pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con dolor que acuden al área de cuidados paliativos en un hospital de ciudad de Guayaquil.
- Describir los tipos de dolor que manifiestan los pacientes en etapa terminal del área de cuidados paliativos.
- Detallar los parámetros de la escala EVA con el dolor de los pacientes en etapa terminal.

Capítulo II

2. Fundamentación Conceptual

2.1. Antecedentes de la investigación.

En un estudio realizado Asuar (11), en el año 2017, el cual fue un observacional, longitudinal y descriptivo para evaluar la calidad del manejo del dolor hospitalario y extrahospitalario en 70 individuos utilizando la Escala Analógica Visual. Los resultados indican que un 80% de los pacientes reportaron un nivel de dolor EVA ≤ 1 al ingreso en reanimación, un 98,6% al alta en reanimación, un 82,6% al alta del CMA y un 87% en su domicilio. Todos los pacientes recibieron infiltraciones con anestésico local y se utilizaron principalmente analgésicos no opiáceos. El estudio concluyó que durante las primeras 24 horas postquirúrgicas, la mayoría de los individuos presentó un adecuado control del dolor, con un nivel de EVA ≤ 1 , y que los analgésicos no opiáceos y las infiltraciones locales fueron los métodos más utilizados.

En un artículo publicado en el año 2017 por Perera y otros (12), se realizó para determinar el impacto de la atención de enfermería en el alivio del dolor en pacientes con dolor agudo. Para llevar a cabo la investigación, se aplicó un cuestionario ad hoc a 348 pacientes, obteniendo los siguientes resultados: después del primer tratamiento, el 80,17% de los pacientes experimentó una mejoría en la percepción del dolor, mientras que el 7% requirió un segundo tratamiento. De este último grupo, el 87% mejoró y el 12% no presentó cambios significativos. En conclusión, el estudio reveló que un alto porcentaje de pacientes experimentó una mejoría significativa en la percepción del dolor después del primer tratamiento administrado por el personal de enfermería de triaje. A pesar de los resultados positivos, se recomienda una revisión y actualización del protocolo del primer tratamiento para mejorar aún más la eficacia del tratamiento en pacientes con dolor agudo.

En un estudio realizado en 2018 por Vila y otros (13), se buscó evaluar la capacidad de la Escala de Karnofsky en pacientes que se encontraban en áreas de cuidados paliativos. Entre los resultados del estudio, se encontró que

la media de edad de los pacientes fue de 69,27 años, y que la mayoría eran hombres (61,8%). Además, se observó que el 73,9% de los pacientes tenían una puntuación menor al 30% en la escala de Karnofsky, lo que indica una limitación significativa en la capacidad funcional. La mediana de supervivencia de los pacientes fue de 6 días. En conclusión, los resultados del estudio indican que el uso de la Escala de Karnofsky es útil para predecir la supervivencia de los pacientes que reciben cuidados paliativos en programas de atención médica.

En el 2020, Hagarty y otros (14), publicaron un estudio de cohorte con el objetivo de explorar la prevalencia del dolor clínicamente significativo al final de la vida e identificar los predictores de su aumento. El estudio se enfocó en 20,349 pacientes atendidos en los últimos 30 días de vida. Los resultados mostraron que el 17.2% de los pacientes informó dolor diario intenso en el último mes de vida. Las mujeres, los pacientes más jóvenes y aquellos con discapacidad funcional tuvieron un mayor riesgo de experimentar dolor diario intenso. En conclusión, aunque el dolor es un temor común de aquellos que contemplan el final de la vida, menos del 20% de la población informa dolor intenso en el último mes de vida.

En el año 2019, Pedraza y otros (15), realizaron un estudio observacional descriptivo transversal para caracterizar el dolor y la calidad de vida de pacientes con tumores malignos que presentaban dolor no controlado. Entre los resultados obtenidos, se encontró que el tipo de dolor más común en los pacientes estudiados fue el somático, con un 40% de frecuencia, siendo el 63% de estos casos descritos como fuertes. Además, el carácter episódico del dolor fue más prevalente que el permanente, con un 58% de los pacientes reportando episodios de dolor. El estudio concluyó que el dolor somático fue el tipo de dolor más frecuente, seguido del mixto y el visceral. En cuanto a la intensidad del dolor, la mayoría de los pacientes lo describieron como fuerte y de carácter episódico. Este estudio puede ayudar a los profesionales de la salud a comprender mejor la naturaleza del dolor en pacientes con tumores malignos, lo que podría mejorar la atención y el manejo del dolor en este grupo de pacientes.

En un artículo publicado en el año 2021, González (16), llevó a cabo un estudio descriptivo transversal con el objetivo de evaluar los diferentes tipos de dolor que experimentan los pacientes con enfermedad oncológica o terminal. Los resultados indican que entre el 70 y el 80% de los pacientes oncológicos experimentan dolor, pero en la mayoría de los casos está controlado. Por otro lado, el 52% de los pacientes hospitalizados presenta dolor, y el 30% de ellos experimenta un nivel de dolor superior a 5 en la escala EVA. La conclusión del estudio destaca la importancia de identificar la causa del dolor y tratarlo de manera individualizada, utilizando tanto técnicas farmacológicas como no farmacológicas. La disminución del dolor se relaciona directamente con una mejor calidad de vida en los pacientes con enfermedades oncológicas o terminales.

En un estudio descriptivo del 2017, Pelayo y colaboradores (17) buscaron determinar la prevalencia del dolor crónico y la adecuación del tratamiento analgésico en 33 pacientes. Los resultados mostraron que el 57,57% de los pacientes presentaron dolor crónico, siendo en ambos casos de tipo músculo-esquelético, de intensidad leve (3,14 y 3,13 puntos, respectivamente) y relacionado con un mayor tiempo de permanencia en hemodiálisis. El dolor crónico también afectó el estado de ánimo, el trabajo y las relaciones sociales. Los autores concluyen que el dolor es un síntoma frecuente en su muestra. Los resultados obtenidos indican una alta prevalencia de dolor crónico y su impacto en la calidad de vida de los pacientes.

En el artículo publicado en 2021 por Martínez y Cruz (18), se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo con el objetivo de analizar el perfil clínico de los pacientes. Entre los resultados, se encontró que la mediana de edad de los pacientes fue de 59 años, con una mayor frecuencia en el género femenino (62%). Además, se encontró que el 83% de los pacientes presentó dolor crónico con una intensidad media valorada por la escala visual analógica. Los autores concluyen que la progresión de las enfermedades crónicas degenerativas en el sistema musculoesquelético tiene un impacto en el origen y evolución del dolor crónico.

2.2. Marco Conceptual.

2.2.1. Cáncer

Se emplea el término cáncer para describir una amplia variedad de enfermedades que pueden manifestarse en cualquier parte del cuerpo, también conocidas como neoplasias o tumores malignos. Una de las características distintivas del cáncer es el rápido crecimiento de células anormales que se expanden más allá de sus límites normales, lo que puede llevar a la invasión de otras partes del cuerpo y a la propagación a órganos cercanos o lejanos, en un proceso conocido como metástasis. En última instancia, las metástasis generalizadas son la principal causa de mortalidad asociada con el cáncer (19).

El cáncer es el resultado de la transformación de células normales en células tumorales, un proceso que se lleva a cabo en múltiples etapas, generalmente comenzando con una lesión precancerosa que progresa hasta convertirse en un tumor maligno. La aparición de estos cambios se debe a la interacción entre los factores genéticos de una persona y tres categorías de agentes externos: cancerígenos físicos (como la radiación ultravioleta e ionizante), carcinógenos químicos (como el asbesto, los componentes del humo del tabaco, el alcohol, la aflatoxina y el arsénico) y carcinógenos biológicos (como infecciones por ciertos virus, bacterias o parásitos) (19).

Aproximadamente el 40% de la población general será diagnosticada con cáncer, 1 y se espera que la cantidad de casos nuevos aumente en casi un 70% durante las próximas dos décadas. Afortunadamente, los resultados oncológicos están mejorando y los avances en la detección y el tratamiento del cáncer han aumentado las tasas de supervivencia a 5 años a 70%. A medida que la cantidad de casos de cáncer y sobrevivientes de cáncer continúa aumentando, es imperativo que exploremos métodos novedosos para evaluar a nuestros pacientes y hacer un seguimiento de su progreso a través del tratamiento y la supervivencia (20).

2.2.1.1. Tipos de cáncer

Los tipos de cáncer se da en función del sitio de origen de la enfermedad y por sus características histológicas (composición, estructura y características) o de tejido (21).

Según el sitio del origen: La clasificación y tipos de cáncer se da por el sitio primario del origen, son considerados de tipo específico como, por ejemplo, cáncer de pulmón, de cerebro, oral, de hígado, del riñón, entre otros (21).

Según el tipo de tejido: Se clasifican e identifican seis categorías principales:

- El carcinoma es el tipo de cáncer más común y surge de las células epiteliales, que recubren la piel y las superficies internas del cuerpo. Dependiendo del órgano afectado, se puede denominar adenocarcinoma (cáncer de mama, pulmón, colon, páncreas, próstata, entre otros) o carcinoma de células escamosas o epidermoide cuando afecta los tejidos que recubren órganos huecos y la piel.
- El sarcoma es un tipo de cáncer más común en la población joven, y se forma en los tejidos blandos como músculo, cartílago, tejido graso y en tejidos fibrosos como tendones y ligamentos, así como en los huesos, donde se denomina osteosarcoma.
- El mieloma múltiple es un tipo de cáncer que se desarrolla a partir de las células plasmáticas, un tipo de glóbulo blanco que produce anticuerpos para combatir infecciones y enfermedades. El mieloma múltiple se caracteriza por la acumulación de células plasmáticas anormales en la médula ósea, lo que produce tumores en varios huesos del cuerpo. Por otro lado, la leucemia es un tipo de cáncer que no forma tumores sólidos y afecta los tejidos que forman la sangre en la médula ósea.
- La leucemia también es conocida como "cáncer líquido", ya que las células cancerosas se encuentran en la sangre y la médula ósea. En la leucemia, la médula produce un exceso de glóbulos blancos inmaduros, lo que disminuye la capacidad del cuerpo para combatir infecciones y enfermedades y puede provocar alteraciones en el ADN de las células sanas.

- El linfoma es una enfermedad cancerosa que surge en las células del sistema inmunológico, más específicamente en los linfocitos, ya sean células T o células B. El linfoma pertenece al sistema linfático y, a diferencia de la leucemia, se presenta en forma de tumores sólidos o linfomas extranodales que afectan a los ganglios linfáticos en áreas específicas del cuerpo, como el estómago, el cerebro y los intestinos, entre otros (21).

Según el grado

La determinación del grado de un cáncer o tumor se basa en el aumento relativo de células anormales en comparación con las células normales, y se clasifica en una escala del 1 al 4. La evaluación se realiza mediante la observación de las células diferenciadas o indiferenciadas presentes en el tejido del tumor y en su entorno. El grado 1 (G1) indica la presencia de células ligeramente anormales y bien diferenciadas, el grado 2 (G2) indica células moderadamente diferenciadas y ligeramente anormales, mientras que el grado 3 (G3) indica células poco diferenciadas y muy anormales. Finalmente, el grado 4 (G4) se refiere a células inmaduras, primitivas e indiferenciadas (21).

Según la ubicación en el cuerpo

Se puede clasificar el cáncer de acuerdo a la ubicación en el cuerpo.

- Entre los cánceres del aparato locomotor se encuentran el cáncer de hueso, cordoma, osteosarcoma e histiocitoma fibroso maligno óseo, sarcoma de Ewing, rhabdomyosarcoma infantil y sarcoma de tejido blando.
- Por otro lado, en el aparato respiratorio y tórax se pueden mencionar el blastoma pleuropulmonar infantil, cáncer de pulmón de células no pequeñas, cáncer de pulmón de células pequeñas, mesotelioma maligno, timoma y carcinoma tímico, y tumores traqueobronquiales infantiles (22).
- Los cánceres que afectan la cabeza y el cuello incluyen el cáncer de boca, de garganta, de glándulas salivales, de hipofaringe, de labio y cavidad oral, de laringe, de nasofaringe, de orofaringe, de paratiroides, de seno

paranasal y de cavidad nasal, de tiroides, así como el cáncer escamoso metastásico de cuello con tumor primario oculto.

- Por otro lado, los cánceres que afectan el cerebro y el sistema nervioso son el linfoma primario del sistema nervioso central, el neuroblastoma, el tumor cerebral en adultos y en niños, los astrocitomas infantiles, los tumores cerebrales y de médula espinal en niños, el craneofaringioma infantil, el ependimoma infantil, el glioma de tronco encefálico infantil, el meduloblastoma y otros tumores embrionarios del sistema nervioso central infantil, el tumor teratoide rabdoide atípico del sistema nervioso central infantil, los tumores de células germinativas del sistema nervioso central infantil y los tumores neuroectodérmicos primitivos supratentoriales (22).
- En la categoría de Digestivo y gastrointestinal, se pueden encontrar diferentes tipos de cáncer, como el cáncer de colon, cáncer de esófago, cáncer de estómago o gástrico, cáncer de hígado en adultos, cáncer de hígado infantil, cáncer de intestino delgado, cáncer de las vías biliares extrahepáticas, cáncer de páncreas, cáncer de recto, cáncer de vesícula biliar, tumor carcinoide gastrointestinal, tumores de estroma gastrointestinal infantiles y tumores neuroendocrinos de páncreas o tumores de células de los islotes (22).
- En la categoría de Endocrino y neuroendocrino, se incluyen el cáncer de tiroides, cáncer de paratiroides, carcinoma de corteza suprarrenal, carcinoma de células de Merkel, feocromocitoma, paraganglioma, tumor carcinoide gastrointestinal, tumor de hipófisis, tumor neuroendocrino de células no pequeñas del pulmón, tumor neuroendocrino de células pequeñas del pulmón y tumores neuroendocrinos de páncreas o tumores de células de los islotes (22).
- En cuanto a los cánceres de la piel, se pueden mencionar varias enfermedades como el carcinoma de células de Merkel, el linfoma de células T cutáneo (incluyendo las micosis fungoides y el síndrome de Sézary), el melanoma y el sarcoma de Kaposi (22).
- En relación al sistema genitourinario, se pueden citar varios tipos de cáncer como el cáncer de células renales (riñón), el cáncer de células de

transición de la pelvis renal y del uréter, el cáncer de pene, el cáncer de próstata, el cáncer de testículo, el cáncer de uretra, el cáncer de vejiga y el tumor de Wilms, así como otros tipos de tumores renales infantiles (22).

- El sistema hematológico y la sangre pueden verse afectados por varios tipos de cáncer, incluyendo la Leucemia, Leucemia de células pilosas, Leucemia linfoblástica aguda en adultos, Leucemia linfoblástica aguda infantil, Leucemia linfocítica crónica, Leucemia mielógena crónica, Leucemia mieloide aguda en adultos, Leucemia mieloide aguda y otras neoplasias mieloides malignas infantiles (22).
- Además, en cuanto a los linfomas, se pueden mencionar el Linfoma de células T cutáneo, la Micosis fungoides y el síndrome de Sézary, el Linfoma de Hodgkin en adultos y en niños, el Linfoma no Hodgkin en adultos y en niños, y el Linfoma primario del sistema nervioso central (22).

2.2.1.2. Estadíos o Etapas

La mayoría de los tipos de cáncer pueden ser clasificados en cuatro etapas, que son determinadas por factores como el tamaño y la ubicación del tumor:

- Etapa I: el cáncer está confinado a un área pequeña y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos u otros tejidos.
- Etapa II: el cáncer ha crecido, pero aún no se ha diseminado.
- Etapa III: el cáncer ha crecido y puede haberse diseminado a los ganglios linfáticos u otros tejidos.
- Etapa IV: el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Esta etapa también se conoce como cáncer metastásico o avanzado (23).

Además de las etapas uno a cuatro, también hay una Etapa 0 que describe el cáncer en su fase más temprana, cuando aún está confinado al lugar donde comenzó. Los cánceres en Etapa 0 son generalmente tratables y son considerados precancerosos por muchos proveedores de atención médica (23).

2.2.1.2.1. Etapa Terminal

La fase final de una enfermedad se refiere a aquella en la que no se observa mejoría a pesar de la aplicación de tratamientos específicos destinados a

curar o estabilizar la enfermedad, lo que finalmente conduce a la muerte en un lapso de tiempo que suele ser menor a seis meses. Esta etapa se caracteriza por provocar un gran sufrimiento físico, psicológico y emocional tanto en el paciente como en su entorno familiar (24).

En pacientes que padecen tumores en etapa terminal y enfermedades hematológicas, resulta difícil controlar entre el 70% y el 80% del dolor que experimentan o el dolor total en sí. Es importante destacar que la mayoría de los pacientes (entre el 60% y el 80%) no están satisfechos con el tratamiento que reciben para aliviar su dolor, y aproximadamente el 25% muere sin haber recibido un tratamiento adecuado para el dolor. Los tipos de tumor que suelen ser más dolorosos son los ubicados en la cabeza y el cuello (70%), seguidos por los tumores gastrointestinales, pulmonares y bronquiales, los de mama, los genitourinarios y los ginecológicos. Las enfermedades hematológicas se encuentran en la quinta posición entre las enfermedades tumorales más comunes. El mieloma es la enfermedad más dolorosa, debido a que la infiltración ósea representa aproximadamente el 75% del dolor experimentado por los paciente (25).

Los cuidados paliativos se refieren a una forma de atención médica que se centra en mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen una enfermedad en fase terminal. De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, estos cuidados consisten en un tratamiento integral y activo de los pacientes que no han respondido a tratamientos curativos, con el objetivo de lograr la mejor calidad de vida posible mediante el control de los síntomas físicos, psicológicos, espirituales y sociales de los pacientes (26).

Dentro de los objetivos que persiguen los cuidados paliativos, se encuentra el alivio del dolor y otros síntomas que experimentan los pacientes en etapa terminal. Asimismo, se busca brindar apoyo psicológico, social y espiritual al paciente, reforzando su valoración de la vida y procurando que ésta sea lo más activa posible. También se procura ofrecer apoyo a la familia durante la enfermedad y el proceso de duelo que pueda surgir tras la pérdida del paciente (27).

Entre los síntomas más comunes y graves que sufren los pacientes que requieren cuidados paliativos se encuentran el dolor y la dificultad para respirar. Por ejemplo, aproximadamente el 80% de los pacientes con cáncer o VIH y el 67% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares o enfermedad pulmonar obstructiva crónica experimentarán dolor de moderado a intenso en las etapas finales de sus vidas. Para el control del dolor, los opioides son medicamentos esenciales (28).

Es fundamental llevar a cabo una valoración exhaustiva en la atención de pacientes en fase terminal, ya que esto permitirá establecer un plan de cuidados adecuado y personalizado. La valoración debe ser integral y considerar aspectos físicos, psicológicos y socio-familiares. Para obtener información relevante, se pueden emplear diversas fuentes, como el paciente y la familia a través de entrevistas, así como informes clínicos y el historial médico para conocer con certeza el diagnóstico, las pruebas realizadas y la expectativa de vida teórica, entre otros aspectos relevantes (29).

2.2.2. Valoración de pacientes con cáncer

El personal de salud emplea diversos sistemas para evaluar y clasificar el cáncer con el fin de planificar el tratamiento y establecer un pronóstico. Este proceso permite identificar la localización y tamaño del tumor, su grado de crecimiento en los tejidos circundantes y si se ha diseminado a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo (30).

En la mayoría de los casos, se utiliza la clasificación TNM como el sistema principal para estadificar el cáncer. Esta clasificación utiliza letras y números para describir el tumor (T), los ganglios linfáticos (N) y la presencia de metástasis (M). Cada letra y número proporciona información específica acerca del cáncer. Es importante destacar que las definiciones para cada categoría pueden variar en función del tipo de cáncer que se esté evaluando mediante este sistema (31).

Tumor (T): La letra T seguida de un número o una letra describe el tamaño del tumor primario y si ha invadido otros tejidos u órganos en la misma área.

En algunos tipos de cáncer, la etapa T se puede dividir en subcategorías utilizando una letra minúscula para obtener aún más detalles. En términos médicos, TX se utiliza para indicar que no se dispone de información o que no es posible medir el tumor (32).

Por otro lado, T0 se refiere a la ausencia de evidencia de un tumor. Tis, en cambio, describe un tumor "in situ", lo que significa que el crecimiento tumoral se limita a las células donde se originó y no se ha extendido a otros tejidos circundantes. Para describir el tamaño y la ubicación del tumor en una escala del 1 al 4, se utilizan las categorías T1-T4, siendo un número más alto asignado a un tumor más grande o que se ha propagado más profundamente en el tejido circundante (32).

Nódulo (N): a letra N y el número asociado describen si el cáncer ha afectado los ganglios linfáticos cercanos al tumor. Los ganglios linfáticos son pequeños órganos con forma de frijol que ayudan a combatir las infecciones, y son comúnmente el primer lugar donde el cáncer se propaga. Esta parte del sistema de estadificación responde preguntas como: ¿el tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos?, y si es así, ¿cuántos ganglios linfáticos están involucrados y cuál es su ubicación? (32).

Los ganglios linfáticos cerca de donde se originó el cáncer se conocen como ganglios linfáticos regionales, mientras que los ganglios linfáticos en otras partes del cuerpo se denominan ganglios linfáticos a distancia. La categoría N solo se refiere a los ganglios linfáticos regionales cercanos al cáncer, mientras que los ganglios linfáticos a distancia se incluyen en la categoría "M" (32).

Después de la letra N, se utiliza un número del 0 al 3 en el sistema de etapas para describir la cantidad de ganglios linfáticos afectados por el cáncer. Si no hay ganglios linfáticos con cáncer, se usa N0. Sin embargo, en algunos casos, la ubicación de los ganglios linfáticos con cáncer puede ser más importante que la cantidad, y determinar la categoría "N" (32).

Metástasis (M): En cuanto a la letra M, se utiliza para describir si el cáncer se ha propagado a otras partes del cuerpo. El número que le sigue indica la cantidad y la ubicación de las metástasis. Si el cáncer no se ha propagado, se utiliza M0 y si se ha diseminado a otras partes del cuerpo, se utiliza M1. De esta manera, la estadificación TNM proporciona información importante para planificar el tratamiento y predecir el pronóstico del paciente (32).

2.2.2.1. Escalas de valoración del dolor

Los métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor son las escalas de valoración del dolor, las cuales permiten cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente y ajustar el uso de los fármacos analgésicos de manera más precisa. La recomendación actual es obviar el paso escalonado de los analgésicos establecido por la OMS en los casos en que los pacientes presenten dolor severo de inicio, iniciando directamente con el tercer escalón de la analgesia sin ensayar los dos escalones previos, con el objetivo de evitar periodos de dolor mal controlado (33).

Las escalas de valoración del dolor oncológico son herramientas útiles y accesibles para evaluar la intensidad del dolor en pacientes con cáncer, por lo que se recomienda su uso en la práctica clínica diaria. Existen diversas escalas para evaluar el dolor, entre las que se encuentran:

- Escalas verbales: estas escalas utilizan palabras para describir los diferentes grados de intensidad del dolor. El número de niveles puede variar de 4 a 15.
- Escala gráfica: esta escala utiliza una línea con números o adjetivos que definen diferentes niveles de intensidad del dolor.
- Escala de círculos y colores: esta escala evalúa la intensidad del dolor en correspondencia con la intensidad de los colores de los círculos.
- Escala abreviada de rostros: esta escala es especialmente útil para niños y pacientes con alteraciones cognitivas.
- Escala de Anderson: esta escala se utiliza principalmente en pacientes con bajo nivel de conciencia y va del 0 al 5 según diferentes ítems que describen la intensidad del dolor (35).

2.2.2.2. Escala Analógica Visual (EVA)

En 1921, Heyes y Patterson presentaron la Escala de Calificación Gráfica como una alternativa a la Escala Analógica Visual. Sin embargo, en un estudio publicado en el 2011 sobre la validez de la evaluación del estrés profesional, se demostró que la Escala Analógica Visual es una herramienta efectiva en la identificación rápida y sencilla de la tensión del trabajador y el estrés percibido en el ámbito clínico e investigativo. Este estudio comparó la escala visual analógica con el cuestionario PSS 14 de Cohen y concluyó que la primera era tan efectiva como el segundo en esta tarea (36).

En cuidados paliativos, la escala analógica visual es una técnica de medición utilizada para evaluar la intensidad del dolor o síntomas de un paciente. Esta herramienta es simple y eficaz, y consiste en una escala o línea numerada del 0 al 10, en la que el 0 representa la ausencia de dolor o síntoma, mientras que el 10 es el nivel más alto. Los pacientes deben calificar su experiencia actual marcando en la escala el punto que corresponde a su nivel de dolor o síntomas. La puntuación del paciente se determina midiendo la distancia entre la marca del paciente y el punto 0 de la línea, y se registra como su calificación (36).

En el ámbito de los cuidados paliativos, una de las principales ventajas de la escala analógica visual es su facilidad de uso y simplicidad. Esta herramienta requiere una capacitación mínima para ser administrada por profesionales de la salud y es fácilmente comprensible para los pacientes, quienes pueden utilizarla para comunicar su dolor o la intensidad de sus síntomas. Esto la convierte en una herramienta valiosa para aquellos pacientes que pueden estar demasiado enfermos o fatigados para participar en evaluaciones más complejas (36).

Además de su fácil utilización, la escala analógica visual es una herramienta altamente fiable y válida para la medición de dolor e intensidad de síntomas en diversos grupos de pacientes, incluyendo aquellos que reciben cuidados paliativos. Varias investigaciones han comprobado su precisión y efectividad en la detección de cambios, incluso pequeños, en la intensidad del dolor o

síntomas con el transcurso del tiempo. Esto la convierte en una herramienta valiosa para evaluar la eficacia de las intervenciones de tratamiento y ajustar el plan de atención según sea necesario (36).

La escala analógica visual también tiene la capacidad de apoyar la atención centrada en el paciente. Al proporcionar a los pacientes una herramienta simple y fácil de usar para comunicar su dolor o la intensidad de sus síntomas, los profesionales de la salud pueden entender y abordar mejor sus necesidades y preferencias individuales. Esto puede mejorar la satisfacción del paciente y su compromiso con su propio cuidado, lo que puede tener un impacto positivo en su calidad de vida en general (37).

En resumen, la Escala Analógica Visual es una herramienta valiosa en el área de cuidados paliativos debido a su simplicidad, confiabilidad y validez para medir el dolor y la intensidad de los síntomas en pacientes. Además, su capacidad para apoyar la atención centrada en el paciente puede mejorar la satisfacción del paciente y su compromiso con su propio cuidado. Por lo tanto, se sugiere que los profesionales de la salud que trabajan en cuidados paliativos consideren incorporar la escala analógica visual en su conjunto de herramientas de evaluación para mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes (37).

2.2.2.3. Escala de Karnofsky

El índice de Karnofsky (IK) es una escala funcional que fue definida por el Dr. Joseph H. Bruchenal y el Dr. David A. Karnofsky en 1949. Esta escala es ampliamente utilizada en todo el mundo para evaluar el rendimiento funcional de los pacientes con cáncer. A lo largo de los años, se ha utilizado en diversos entornos para determinar el nivel de ayuda que necesitan los pacientes y para orientar las decisiones de tratamiento (38).

El IK mide la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades cotidianas como caminar, comer y realizar tareas de cuidado personal. Se clasifica en una escala de 0 a 100, donde 100 indica un funcionamiento normal y 0 indica fallecimiento. La Escala de Karnofsky ha demostrado ser una herramienta

valiosa para la evaluación funcional de los pacientes y ha mostrado una buena correlación con otras medidas de función y bienestar en estudios clínicos (39).

La escala de Karnofsky es una herramienta utilizada en cuidados paliativos para evaluar el estado funcional de los pacientes. Esta escala se divide en diez intervalos, cada uno de los cuales representa un nivel específico de funcionalidad y se describe de la siguiente manera:

10 indica que la enfermedad está progresando muy rápidamente;

20 indica un estado muy grave en el que el paciente requiere hospitalización, permanecer encamado y recibir tratamientos especiales;

30 indica que el paciente está severamente incapacitado y se aconseja la hospitalización;

40 indica que el paciente está incapacitado y requiere cuidados y atenciones especiales asiduamente;

50 indica que el paciente requiere atención especial y supervisión, pero se encuentra encamado menos del 50% del tiempo;

60 indica que el paciente tiene capacidad para cuidar de sí mismo con ayuda puntual para algunas actividades;

70 indica que el paciente es capaz de cuidar de sí mismo, pero no puede trabajar o realizar tareas de gran actividad;

80 indica que existen algunos síntomas de la enfermedad que impiden trabajar y se requiere un mayor esfuerzo para llevar a cabo las actividades cotidianas, pero el paciente puede estar en casa y cuidar de sí mismo;

90 indica que el paciente presenta algunos signos leves de la enfermedad
100 indica que la actividad es completamente normal y apenas existen evidencias de la enfermedad (40).

La escala de Karnofsky se utiliza ampliamente en todo el mundo para la evaluación del desempeño de los pacientes con cáncer, y ha demostrado buena correlación con otras medidas funcionales y del bienestar en estudios clínicos.

La escala de Karnofsky es una herramienta valiosa en cuidados paliativos, ya que puede guiar las decisiones de tratamiento, incluyendo la decisión de iniciar o suspender terapias. Por ejemplo, los pacientes con una puntuación de 70 o más pueden ser capaces de tolerar la quimioterapia, mientras que aquellos con una puntuación inferior a 50 pueden no ser capaces de tolerar terapias agresivas y es posible que deban centrarse en el control de los síntomas y los cuidados de apoyo. Por lo tanto, la escala de Karnofsky es una medida importante para ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y el cuidado de los pacientes con cáncer en cuidados paliativos (40).

La escala de Karnofsky también es valiosa para determinar el nivel de atención que requieren los pacientes. Por ejemplo, aquellos con una puntuación inferior a 50 pueden necesitar ayuda con las actividades diarias y pueden beneficiarse del cuidado de hospicio, que se enfoca en el manejo de síntomas y brinda apoyo tanto al paciente como a su familia. De esta manera, la puntuación del KPS puede ayudar a los profesionales de la salud a determinar el nivel adecuado de atención para los pacientes (40).

Por último, la Escala de Karnofsky también puede emplearse para el seguimiento de cambios en el estado funcional de los pacientes con el tiempo. En pacientes con enfermedades avanzadas, la disminución de la funcionalidad es a menudo un indicador de la progresión de la enfermedad. Evaluaciones periódicas utilizando esta escala pueden asistir a los profesionales de la salud a detectar estos cambios y adaptar los planes de tratamiento en consecuencia (40).

2.2.3. Dolor

La sensación de dolor es una experiencia angustiante y fuerte que se experimenta en una parte del cuerpo debido a causas internas o externas. Desafortunadamente, el dolor en los pacientes con cáncer a menudo no recibe el tratamiento adecuado, como lo sugieren las cifras de consumo de morfina. La Organización Mundial de la Salud ha identificado varios problemas que dificultan el tratamiento efectivo del dolor en pacientes con cáncer, como la falta de conciencia por parte de los pacientes y profesionales de la salud sobre el alivio del dolor, así como la falta de capacitación adecuada para los equipos encargados de aliviar el dolor (41).

Cada día, hay aproximadamente cuatro millones de personas que experimentan dolor debido al cáncer, lo que equivale a una prevalencia del 52-82%. La intensidad del dolor varía, pero se estima que entre el 40-50% de los pacientes experimentan un dolor moderado a severo y entre el 25-30% un dolor insoportable. Además, la probabilidad de sufrir dolor aumenta con la edad, alcanzando el 42,6% en las personas mayores de 65 años. El dolor es una de las manifestaciones clínicas más importantes en pacientes con cáncer. Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor del 30% de los pacientes con cáncer experimentan dolor mientras reciben tratamiento activo, y entre el 60-90% lo sufren en la etapa avanzada de la enfermedad. Cada año, se diagnostican 17 millones de nuevos casos de cáncer y cinco millones de personas mueren por esta causa (42).

Cuando se discuten los cuidados paliativos, el dolor es un factor clave a considerar. El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño real o potencial en los tejidos, que se describe en términos de la naturaleza del daño. Es importante tener en cuenta que la falta de capacidad para expresar la experiencia desagradable no significa que la persona no sienta dolor. Siempre se trata de una experiencia subjetiva que tiene un componente emocional (43).

El dolor es la causa principal de hospitalización, y los síndromes dolorosos como la compresión de la médula espinal son comunes. Se estima que el

52% de los pacientes oncológicos hospitalizados experimentan dolor. De este grupo, alrededor del 30% tiene un dolor de intensidad superior a 5 en la escala analógica visual (EVA) y no está recibiendo suficientes opioides para aliviar el dolor. Además, el dolor persistente en los sobrevivientes de cáncer es un problema cada vez más común, que afecta a aproximadamente un tercio de los casos (44).

Para evitar que el dolor se convierta en el centro de la vida del paciente, es fundamental que el clínico ponga a la persona en el centro de su atención. En pacientes con cáncer avanzado, algunos casos de SIDA y en la fase terminal de otras enfermedades, el dolor es un fenómeno complejo en el que es importante identificar la experiencia del paciente desde el punto de vista del "sufrimiento" (45).

2.2.3.1. Tipos de dolor

Es crucial tener en cuenta que no todos los dolores son idénticos, por lo que es necesario distinguir claramente el síndrome doloroso de cada paciente. En función de su duración, el dolor se puede clasificar de la siguiente manera:

a) Dolor agudo

El dolor agudo desempeña una función biológica importante, ya que alerta sobre el potencial o la extensión de una lesión. A menudo se acompaña de una gran cantidad de reflejos de protección, como la retirada de una extremidad dañada, espasmos musculares y respuestas autónomas. Sin embargo, la "respuesta hormonal del estrés" que se produce en respuesta a una lesión aguda también puede tener efectos físicos y emocionales adversos (46).

Incluso breves periodos de estimulación dolorosa pueden provocar sufrimiento, remodelación neuronal y dolor crónico. Los comportamientos asociados, como posturas anormales y reclinación excesiva, pueden contribuir aún más al desarrollo del dolor crónico. Por lo tanto, cada vez se presta más atención a la prevención agresiva y al tratamiento del dolor agudo

para reducir las complicaciones, incluida la progresión hacia estados de dolor crónico (47).

b) Dolor crónico

El dolor crónico ha sido tradicionalmente definido como un dolor que persiste durante 3 a 6 meses después de su inicio, o más allá del período esperado de curación. Sin embargo, las definiciones más recientes reconocen que el tiempo no es el único factor que diferencia el dolor crónico del dolor agudo. El dolor crónico se caracteriza por una prolongada duración más allá del período de curación, y a menudo se asocia con niveles de patología que son bajos e insuficientes para explicar la presencia y extensión del dolor. El dolor crónico también se describe como un dolor persistente que interrumpe el sueño y la vida normal, no cumple una función de protección y, en cambio, disminuye la capacidad funcional y la salud general del individuo (48).

Entonces, a diferencia del dolor agudo, el dolor crónico no tiene una función biológica adaptativa. Puede ser nociceptivo, neuropático o una combinación de ambos, y puede ser resultado de una lesión, enfermedades malignas o una variedad de condiciones crónicas no mortales como la artritis, fibromialgia o neuropatía. El dolor crónico puede aparecer de forma recurrente sin una causa aparente, y varios factores patógenos y físicos pueden mantenerlo. Los factores ambientales y afectivos también pueden exacerbar y perpetuar el dolor crónico, lo que conduce a la discapacidad y a comportamientos inadaptados (49).

Dolor Total

El dolor es un factor crucial que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes terminales. Saunders(50). fue el primero en describir el concepto de "dolor total", el cual implica que el dolor puede afectar todos los aspectos de la vida de la persona que lo sufre. Este tipo de dolor se compone de diferentes elementos que incluyen:

1. El componente físico, que se refiere al daño tisular real;
2. El componente emocional, que puede incluir depresión, insomnio, fatiga crónica y enojo;
3. El componente social, que puede afectar las relaciones interpersonales y causar problemas económicos;
4. El componente espiritual, que puede provocar sentimientos de culpa e inseguridad ante la muerte(50).

El concepto de dolor total, acuñado por primera vez por Saunders, destaca la importancia de abordar todos los aspectos que el dolor puede tener sobre la calidad de vida de un paciente terminal. Esto implica una terapia multidisciplinaria que no se limite solo a medidas médicas, sino que también se preocupe por satisfacer las necesidades psicosociales y espirituales del paciente (51).

Para lograr esto, es fundamental establecer una buena relación entre el médico y el paciente, que permita un abordaje minucioso y completo de todos los síntomas que afecten la vida del paciente. El objetivo del manejo del dolor total es brindar al paciente una sensación de pertenencia, dignidad e integridad, y abordar todos los componentes del dolor total, incluyendo el aspecto físico, emocional, social y espiritual (52).

Para un abordaje completo del dolor crónico, se requiere una historia clínica detallada que incluya factores desencadenantes y aliviantes del dolor, su impacto en la funcionalidad, efectos psicológicos, mecanismos subyacentes y la percepción y control del dolor por parte del paciente. Además, se debe considerar de manera integral el entorno del paciente, enfermedades de base, tratamientos previos y pronóstico. Es crucial también evaluar otros síntomas que puedan estar presentes, como el estado de ánimo, la función cognitiva, depresión, histeria o simulación. Al abordar de manera holística el dolor crónico, se puede ofrecer un tratamiento más completo, evitando depender únicamente de analgésicos (52).

El dolor oncológico es comúnmente crónico y puede tener episodios agudos intercalados, prolongándose durante meses o incluso años. A menudo,

coexisten varios tipos de dolor que se derivan de una misma lesión, lo que puede afectar tanto al entorno familiar como personal del paciente. Esta situación puede generar sentimientos de angustia, sufrimiento y desesperanza, lo que, a su vez, puede llevar a alteraciones en la funcionalidad del paciente (53).

El manejo del dolor crónico en el paciente es fundamental, dado que a menudo se descuida la atención y tratamiento de muchos de sus síntomas. Es necesario considerar y tratar adecuadamente los síntomas oncológicos y psicosociales que pueden representar una amenaza o peligro para el paciente. Además, es importante aumentar el nivel de satisfacción personal del paciente para mejorar su calidad de vida, mediante medidas que complementen el tratamiento farmacológico (53).

2.2.3.2. Patrones del dolor

La manera en que el dolor de una persona cambia con el tiempo y las actividades se conoce como patrón de dolor. Es crucial entender este patrón para administrar intervenciones adecuadas en el momento oportuno. Sin embargo, los estudios sobre el dolor relacionado con el cáncer han prestado menos atención a los aspectos temporales del dolor, como su evolución en el tiempo y su relación con factores específicos, en comparación con su ubicación, intensidad y características de calidad (54).

El patrón del dolor se refiere a cómo el dolor de una persona cambia en el tiempo, incluyendo su inicio, frecuencia, duración y cómo se relaciona con actividades o factores específicos. Sin embargo, en la investigación del dolor por cáncer, se ha prestado menos atención a los aspectos temporales del dolor en comparación con la ubicación, intensidad y calidad del dolor. Muchas herramientas de medición del dolor no especifican el período de tiempo para los cambios en el dolor (55).

Por lo tanto, en la evaluación completa de pacientes con cáncer, es importante determinar el patrón del dolor, incluyendo cuándo comenzó, cuánto dura y si persiste. Los pacientes deben ser evaluados continuamente

y sus quejas deben ser consideradas por el personal de salud para proporcionar un tratamiento oportuno y adecuado, abordando la posible causa del dolor y evaluando diferentes opciones terapéuticas, incluyendo el uso de fármacos o radioterapia (55).

2.2.4. Cuidados Paliativos

2.2.4.1. Definición de cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una estrategia para mejorar la calidad de vida de pacientes (tanto adultos como niños) y sus seres queridos durante el manejo de enfermedades potencialmente mortales. Estos cuidados se enfocan en prevenir y aliviar el dolor y otros síntomas físicos, psicológicos y espirituales a través de la identificación temprana, evaluación y tratamiento adecuado (56).

Los cuidados paliativos son reconocidos como un derecho humano a la salud y deben ser ofrecidos a través de servicios de salud integrados y centrados en el paciente, tomando en cuenta sus necesidades y preferencias individuales. Una amplia gama de enfermedades puede requerir cuidados paliativo (56).

En general, las enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, el VIH/SIDA y la diabetes son las que más requieren cuidados paliativos en adultos. Sin embargo, existen muchas otras condiciones médicas que también pueden necesitar de estos cuidados, como la insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos (56).

El dolor es un síntoma que se presenta con frecuencia y que puede ser muy grave en pacientes que requieren cuidados paliativos. El tratamiento del dolor se vuelve esencial para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Los analgésicos opiáceos son necesarios para controlar el dolor asociado a muchas enfermedades avanzadas y progresivas. De hecho, el dolor

moderado a intenso se presenta en el 80% de los pacientes con sida o cáncer, y en el 67% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares o enfermedades pulmonares obstructivas al final de sus vidas (57).

Los cuidados paliativos no se limitan solo a la fase terminal de una enfermedad, sino que pueden adaptarse en las etapas tempranas del padecimiento (3). De hecho, estos cuidados pueden proporcionarse desde la etapa diagnóstica de la enfermedad en combinación con otros tratamientos, con el objetivo de prolongar la vida de los pacientes en fase terminal. Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes en todas las etapas de la enfermedad, abordando los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal (58).

Los cuidados paliativos se enfocan en prevenir y aliviar el sufrimiento, así como en tratar el dolor y otros síntomas relacionados con problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales, abarcando todas las áreas de la persona. Estos cuidados son un componente fundamental de la atención médica, con especial énfasis en la enfermería. Se reconoce la importancia de la dimensión espiritual, las emociones y la esperanza en la protección y apoyo de las personas y sus familias cuando enfrentan situaciones de enfermedad terminal (58).

2.2.4.2. Cuidados de enfermería

En varias partes del mundo, el personal de enfermería cumple un papel crucial en el cuidado paliativo, ya que son el vínculo principal entre el paciente, la familia y el equipo de atención médica. En algunos casos, pueden ser el único profesional sanitario disponible en una comunidad o región. Aunque estos profesionales pueden desempeñar funciones de liderazgo en la educación, investigación, gestión y defensa de los cuidados paliativos, su función principal es la prestación directa de atención paliativa a pacientes y familias. Siguiendo las normas de la práctica profesional de enfermería, el personal de enfermería es responsable de realizar una evaluación integral de la salud del paciente, brindar intervenciones basadas

en la evidencia y evaluar el impacto de la atención prestada en la atención directa al paciente (59).

El proceso de planificación anticipada es continuo y se realiza a través de una revisión constante del estado actual y pronóstico del paciente por parte del personal de enfermería. Durante este proceso, se recopilan las preferencias del paciente con respecto a su información médica y se le ayuda a prepararse para las decisiones actuales y futuras sobre su tratamiento. Las responsabilidades del personal de enfermería incluyen la gestión de los síntomas, la educación del paciente y el apoyo emocional tanto para el paciente como para su familia. Es importante llegar a acuerdos mutuos sobre los objetivos de la atención y adaptar el enfoque a las preferencias, deseos y valores de la persona (60).

Es importante destacar que el personal de enfermería tiene un papel fundamental en alentar y facilitar conversaciones con pacientes y familiares, debido a su estrecha relación con el paciente, y su conocimiento de los valores, sentimientos, emociones, deseos y capacidad de decisión de este. Es fundamental presentar la planificación anticipada como un proceso proactivo y la responsabilidad de todos los adultos de reducir la carga de sus seres queridos al disminuir la ambigüedad y la incertidumbre en el momento de la toma de decisiones, lo que puede ayudar a las personas a comprender su valor. La atención se adapta a las preferencias, deseos y valores de la persona, y se supervisa de cerca el progreso hacia los objetivos deseados, con ajustes necesarios realizados de manera oportuna (61).

2.2.4.3. Valoración de los cuidados paliativos

Para abordar adecuadamente las necesidades paliativas de los pacientes, es necesario que el profesional realice una evaluación multidimensional exhaustiva para identificar todas las necesidades que surgen durante el proceso de la enfermedad. Es importante que se revise detalladamente cada una de las siguientes áreas: la historia de la enfermedad, la situación física que incluye los síntomas y la exploración, la situación emocional, el nivel de información y los deseos del paciente para participar en la toma de

decisiones, la situación sociofamiliar y el sistema de valores y las inquietudes en la esfera existencial o espiritual. De esta manera, se podrá proporcionar una atención integral y personalizada que atienda todas las necesidades del paciente (62).

El personal de enfermería se enfrenta al desafío de identificar no solo los síntomas expresados por el paciente, sino también los factores que influyen en su percepción, ya que los síntomas son expresiones subjetivas que pueden tener múltiples variables. Conocer estos factores es fundamental para el éxito en el plan de cuidados. Aunque las escalas son una herramienta común en los cuidados paliativos, algunas de ellas no están validadas para el contexto latinoamericano. Por lo tanto, los profesionales de enfermería utilizan factores clínicos para determinar la necesidad de cuidados paliativos en ausencia de escalas validadas en la región (63).

La complejidad de los síntomas requiere una evaluación y un tratamiento personalizado y multidisciplinario. Es importante planificar de manera efectiva el uso de los recursos para facilitar la organización del equipo de salud y la familia en el cuidado paliativo, ya que no siempre es posible la cura total. El plan de cuidados debe ser creado en base a las necesidades de la familia y el monitoreo de los síntomas es crucial para ajustar el plan de cuidados en consecuencia (63).

2.3. Marco Legal

Este trabajo investigativo se fundamenta en las siguientes leyes:

2.3.1. Constitución del Ecuador.

El artículo 32 establece que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar la salud de las personas y esto se logra cumpliendo otros derechos como acceso a alimentos, agua y educación, así como también derechos de seguridad y trabajo, entre otros que contribuyen al bienestar. Para alcanzar este objetivo, se deben aplicar diversas políticas que abarquen aspectos culturales, sociales, ambientales y educativos y que sean inclusivas, sin dejar a nadie fuera de la atención integral de salud reproductiva y sexual.

Los servicios de salud deben ser proporcionados con principios de solidaridad, interculturalidad, eficiencia, precaución y universalidad (64).

Este párrafo se relaciona con la labor de enfermería en pacientes en etapa terminal, porque menciona el derecho de las personas a gozar de buena salud, lo que incluye la atención integral en salud reproductiva y sexual, así como la prestación de servicios de salud basados en principios de solidaridad, eficiencia y universalidad. Los cuidados paliativos son una forma de atención de la salud que se enfoca en mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas, incurables y potencialmente mortales, por lo que son una parte importante de la atención integral en salud y deben ser accesibles para todas las personas que los necesiten, sin exclusión alguna.

Por otra parte, en el artículo 35, 47 y 50 se refieren a la atención y los derechos de grupos vulnerables en relación con la salud. El artículo 35 establece que ciertos grupos, como los ancianos, los niños y las personas con discapacidades, recibirán atención prioritaria y especializada en los servicios de salud, tanto en el ámbito público como en el privado. El artículo 47 establece que el Estado garantizará políticas para prevenir la discapacidad y promover la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Finalmente, el artículo 50 establece que todas las personas que sufren de enfermedades catastróficas o de alta complejidad tienen derecho a atención especializada y gratuita en todos los niveles de atención, y de manera oportuna y preferente (64).

Estos artículos tienen una relación directa con los cuidados en la etapa terminal, ya que las personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad, como se menciona en el artículo 35 y 50, deben recibir una atención prioritaria y especializada tanto en el ámbito público como privado. En resumen, estos artículos respaldan la importancia de garantizar una atención especializada y oportuna para las personas que necesitan cuidados paliativos, y promueven la equidad en el acceso a estos servicios de atención médica.

2.3.2. Modelo de Atención Integral de Salud.

En el punto 3.3.7 del MAIS se destaca la necesidad de incorporar los cuidados paliativos como parte de los enfoques del sistema de salud. Los cuidados paliativos tienen como objetivo brindar una atención integral a las personas que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad, atendiendo tanto las necesidades biológicas como las psicosociales y espirituales, así como brindar apoyo a la familia y la comunidad durante el proceso de duelo. Es importante que estos cuidados se ofrezcan en los tres niveles de atención y se sigan los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, realizando actividades de promoción, prevención y tratamiento en estrecha colaboración con la familia y la comunidad (65).

El párrafo se refiere a los cuidados paliativos, que están destinados a brindar atención integral a pacientes en fase terminal de una enfermedad, así como apoyo a sus familias y comunidades durante el proceso de duelo. El texto también señala que los cuidados paliativos deben ofrecerse en todos los niveles de atención y deben seguir los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria nacional. Por lo tanto, el párrafo se relaciona directamente con la importancia de brindar cuidados en la etapa terminal de una enfermedad.

2.3.3. Ley Orgánica de Salud.

Art. 1.-

En el artículo 1, se estipula que la Ley que se presenta tiene como objetivo regular las acciones que permitan garantizar el derecho universal a la salud que está establecido en la Constitución Política de la República y la ley. La ley se basa en principios como la equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia, y se enfoca en los derechos, la interculturalidad, el género, la generación y la bioética (66).

Según el Artículo 3, la salud no es solo la ausencia de enfermedades, sino el completo estado de bienestar físico, mental y social, y es un derecho

humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible. La protección y garantía de este derecho es la responsabilidad primordial del Estado y resulta de un proceso colectivo de interacción en el que el Estado, la sociedad, la familia y los individuos convergen para construir ambientes, entornos y estilos de vida saludables (66).

Este párrafo se relaciona con los cuidados en la etapa terminal, porque establece los principios fundamentales en los que se basa la ley que regula el derecho universal a la salud en la sociedad. Entre estos principios se encuentra la integralidad, que implica el cuidado de la persona en todas sus dimensiones (física, mental y social), lo cual es esencial en la atención de pacientes en etapa terminal que requieren cuidados paliativos integrales. Además, la ley establece la responsabilidad primordial del Estado en garantizar el derecho a la salud, lo que incluye la atención a pacientes en etapa terminal.

El Artículo 10 de esta Ley establece que los miembros del Sistema Nacional de Salud deberán aplicar políticas, programas y normas de atención integral y de calidad para la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, en concordancia con los principios y enfoques establecidos en el Artículo 1. Asimismo, el Artículo 69 señala que la atención integral y el control de enfermedades crónicas, congénitas, hereditarias y prioritarias para la salud pública, se llevará a cabo de manera coordinada por los integrantes del Sistema Nacional de Salud y con la participación de la población en general.

El párrafo se relaciona con los cuidados en la etapa terminal en tanto que el Artículo 10 de la ley establece que quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud deben aplicar políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen cuidados paliativos para la salud individual y colectiva, de acuerdo a los principios establecidos en el Artículo 1. Asimismo, el Artículo 69 señala que la atención integral y el control de enfermedades, incluyendo aquellas que son prioritarias para la salud pública,

se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del sistema de salud, lo que incluye la atención a pacientes en estado terminal.

2.3.4. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida.

El estado tiene como objetivo garantizar la calidad de vida de los pacientes y para ello es necesario proveer los recursos necesarios, como se mencionó anteriormente, así como desarrollar políticas económicas, sociales, educativas y ambientales para garantizar el acceso continuo a programas de información y educación en salud. Estas políticas se rigen por principios como la equidad, la solidaridad, la caridad, la universalidad, la eficacia y la eficiencia (67).

Este párrafo se relaciona con los cuidados en la etapa terminal en la medida en que resalta la importancia del estado en garantizar una calidad de vida a los pacientes, lo que incluye el acceso a recursos y programas educativos sobre la salud. En el caso de los pacientes en etapa terminal, el estado debe garantizar un acceso ininterrumpido a los cuidados paliativos y otras formas de atención integral que les permitan tener una buena calidad de vida en sus últimos días. Los principios de equidad, solidaridad y eficiencia mencionados en el párrafo también son relevantes en el contexto de los cuidados en la etapa terminal, ya que estos principios deben guiar la atención que se les brinda a los pacientes y sus familias.

Capítulo III

3. Diseño de la Investigación

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo.

Métodos: Cuantitativo.

Diseño:

Según el tiempo: Retrospectivo.

Según la naturaleza: De corte transversal.

3.2. Población y muestra:

Está conformado por 248 pacientes del área de cuidados paliativos de un hospital oncológico de la ciudad de Guayaquil.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes del área de cuidados paliativos.
- Pacientes mayores de edad.

Criterios de exclusión

- Pacientes de otras áreas del hospital oncológico.
- Pacientes pediátricos.

3.4. Procedimientos para la recolección de la información

Técnica: Observación indirecta.

Instrumento: Matriz de Observación Indirecta, Escala de Karnofsky (68) y Escala de EVA (69) aplicadas a los pacientes del área de cuidados paliativos de esta institución oncológica.

3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos

Los procesamientos de los datos serán almacenados en una hoja de Excel, donde se incluirán todas las variables que encaminen a la obtención de resultados numéricos relativos a los temas de estudio que luego ser analizados de manera porcentual y ser tabulados y expresados en forma gráfica.

3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano

Se respetará los datos obtenidos mediante la revisión de las historias clínicas. Al ser un estudio retrospectivo no aplica el consentimiento informado.

3.7. Variables Generales y Operacionalización

Variable general: Valoración del dolor en los pacientes en etapa terminal

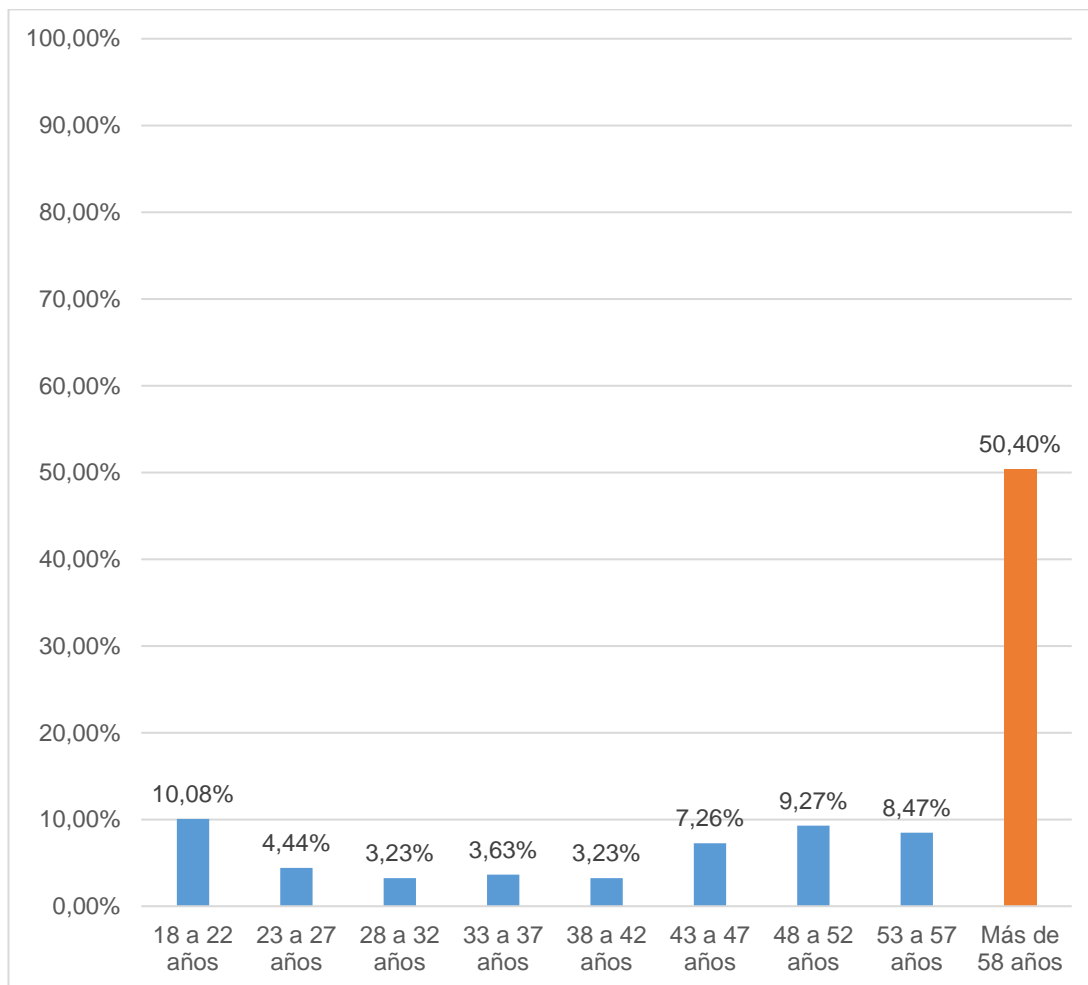
Dimensiones	Indicadores	Escala
Características Sociodemográficas	Edad	<ul style="list-style-type: none">• 18 a 22 años• 23 a 27 años• 28 a 32 años• 33 a 37 años• 38 a 42 años• 43 a 47 años• 48 a 52 años• 53 a 57 años• Más de 58 años
	Sexo	<ul style="list-style-type: none">• Hombre• Mujer
	Etnia	<ul style="list-style-type: none">• Blanca• Afrodescendiente• Mestiza• Indígena
	Residencia	<ul style="list-style-type: none">• Urbano• Rural
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none">• Soltero• Casado• Separado• Viudo• Unión libre
	Nivel de educación	<ul style="list-style-type: none">• Primaria• Secundaria

		<ul style="list-style-type: none"> • Superior • Otros
	Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Menos del sueldo básico • Sueldo básico • Superior al sueldo básico
Valoración del paciente en etapa terminal	Escala de Karnofsky	<ul style="list-style-type: none"> • Normal, sin quejas • Capaz de llevar a cabo actividad normal, pero con signos o síntomas leves • Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de la enfermedad • Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal • Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer sus necesidades • Necesita ayuda importante y asistencia médica • Incapaz, necesita ayuda y asistencia • Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento • Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo • Moribundo irreversible • Muerto
Valoración del dolor	Escala de EVA	Dolor leve < 3 Ptos Dolor moderado: 4 a 7 Ptos Dolor severo: >8 Ptos.
Tipo de dolor	Según la duración: Agudo Crónico	Presente Ausente
	Según su patogenia: Neuropático Nociceptivo Psicógeno	Presente Ausente

4. Presentación y Análisis de Resultados

Figura No. 1

Edad



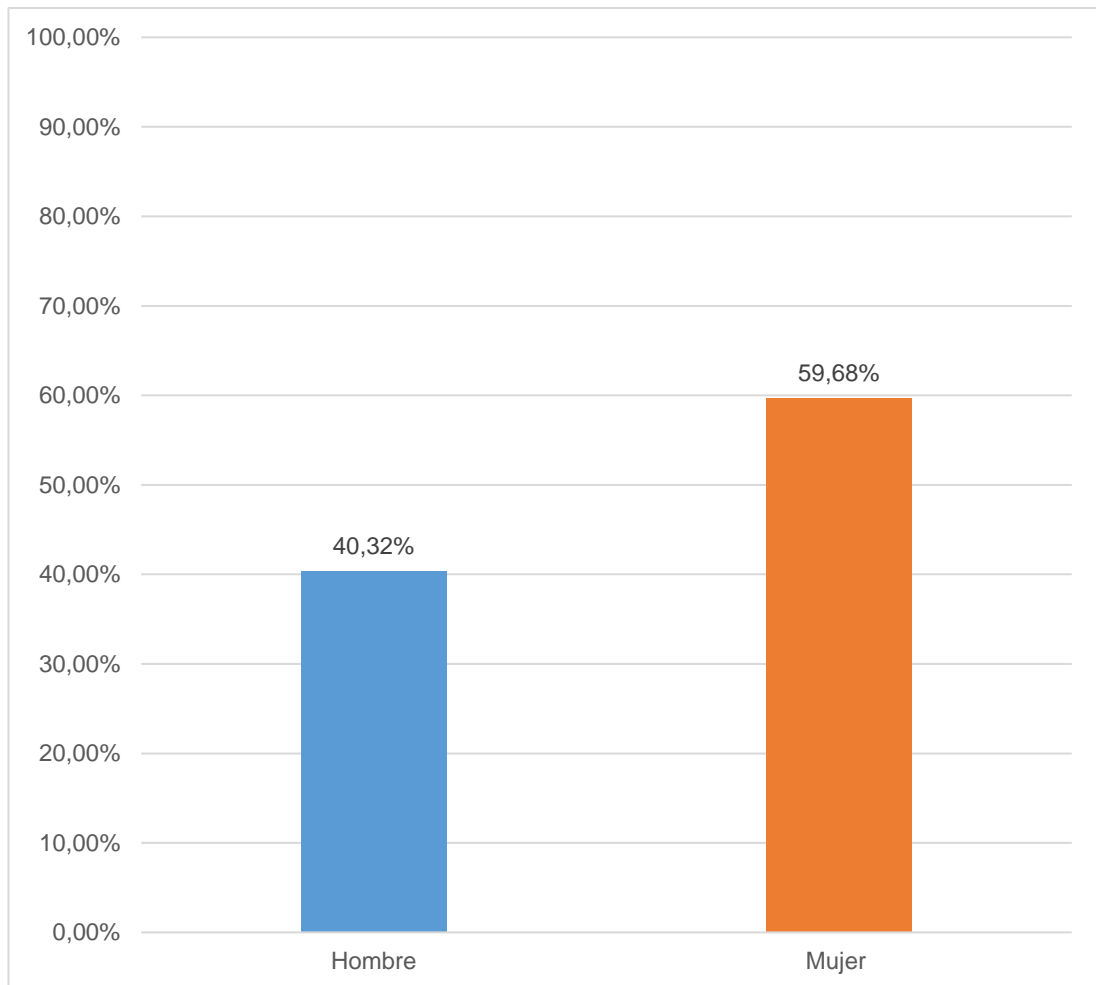
Fuente: Observación indirecta a pacientes del área de cuidados paliativos.
Elaborado por: Jarrin Giler Fiorella María - Loza Pacheco María Gabriela

Análisis:

Los datos recopilados a través de la observación indirecta permiten conocer que el 50,40% de los pacientes que se encuentran en el área de cuidados paliativos, tenían más de 58 años. A través de esta evidencia, se puede establecer que las personas que se encuentran entre estas edades, debido al proceso biológico del envejecimiento, tienen mayor vulnerabilidad de desarrollar patologías oncológicas.

Figura No. 2

Sexo



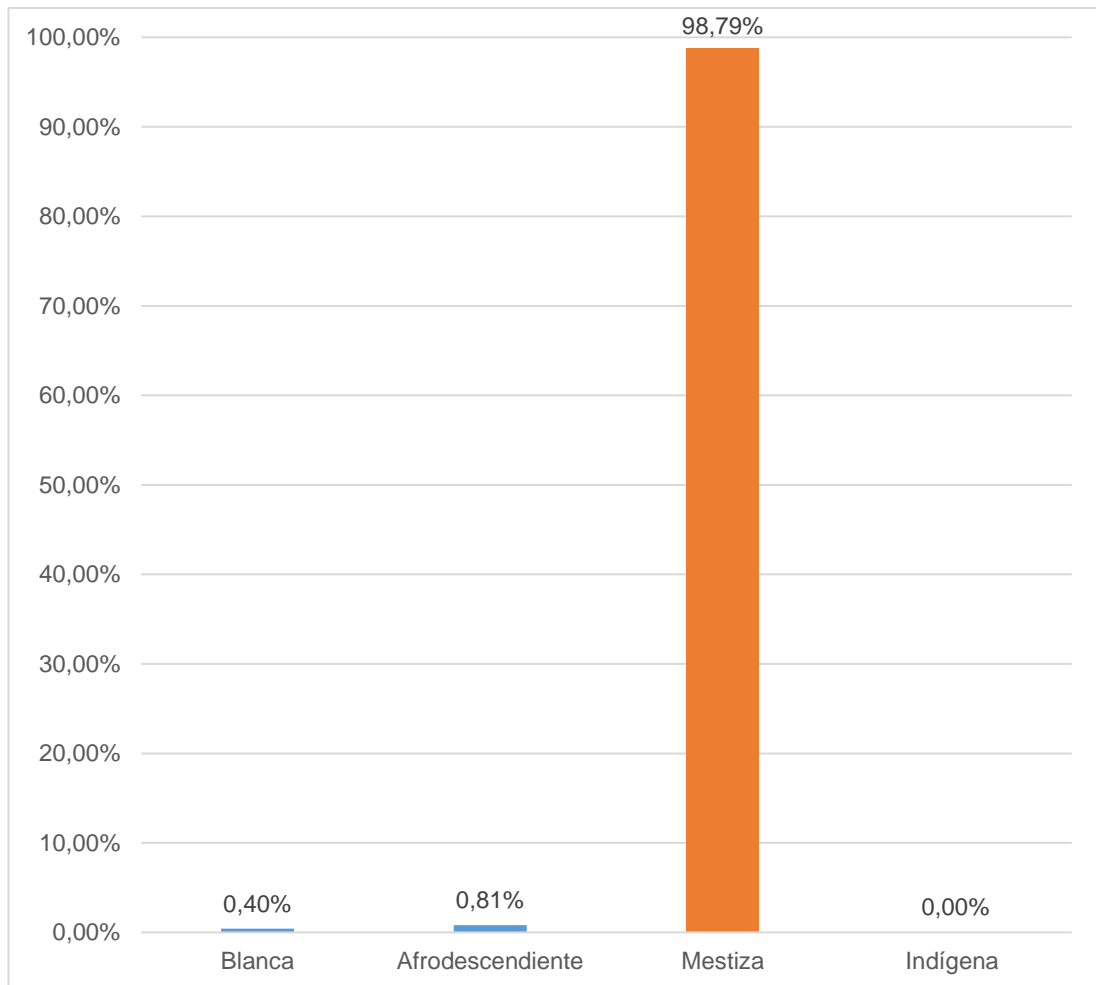
Fuente: Observación indirecta a pacientes del área de cuidados paliativos.
Elaborado por: Jarrin Giler Fiorella María - Loza Pacheco María Gabriela

Análisis:

A través de los datos representados en el presente cuadro estadístico, se puede determinar que el 59,68% de los pacientes de esta área, son mujeres. En la mayoría de los casos, se considera que los hombres tienen una mayor probabilidad de presentar estas patologías, debido a diversos factores, como lo es el consumo del tabaco, lo cual contrasta con el presente resultado, habiendo un mayor predominio en mujeres.

Figura No. 3

Etnia

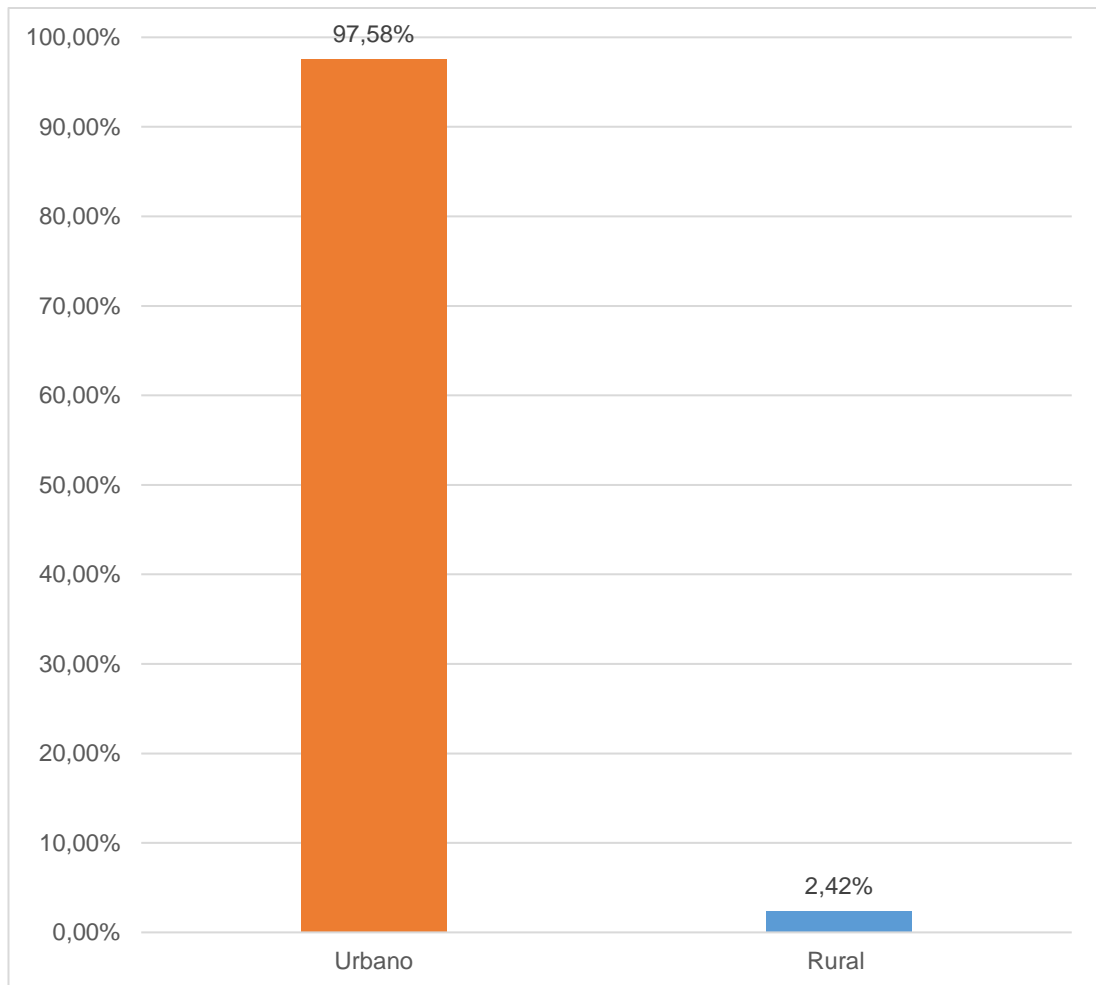


Fuente: Observación indirecta a pacientes del área de cuidados paliativos.
Elaborado por: Jarrin Giler Fiorella María - Loza Pacheco María Gabriela

Análisis:

Con relación a la etnia, se puede evidenciar a través de los datos recolectados de la observación indirecta, que el 98,79% de los pacientes son de etnia mestiza. A través de la revisión de otros estudios, no se ha podido establecer la relación de la etnia con el desarrollo de estas patologías, por lo que se puede deducir que la mayoría de los pacientes de esta área son de esta etnia, debido a que, en la provincia del Guayas, es la etnia que tiene mayor predominio.

Figura No. 4
Residencia



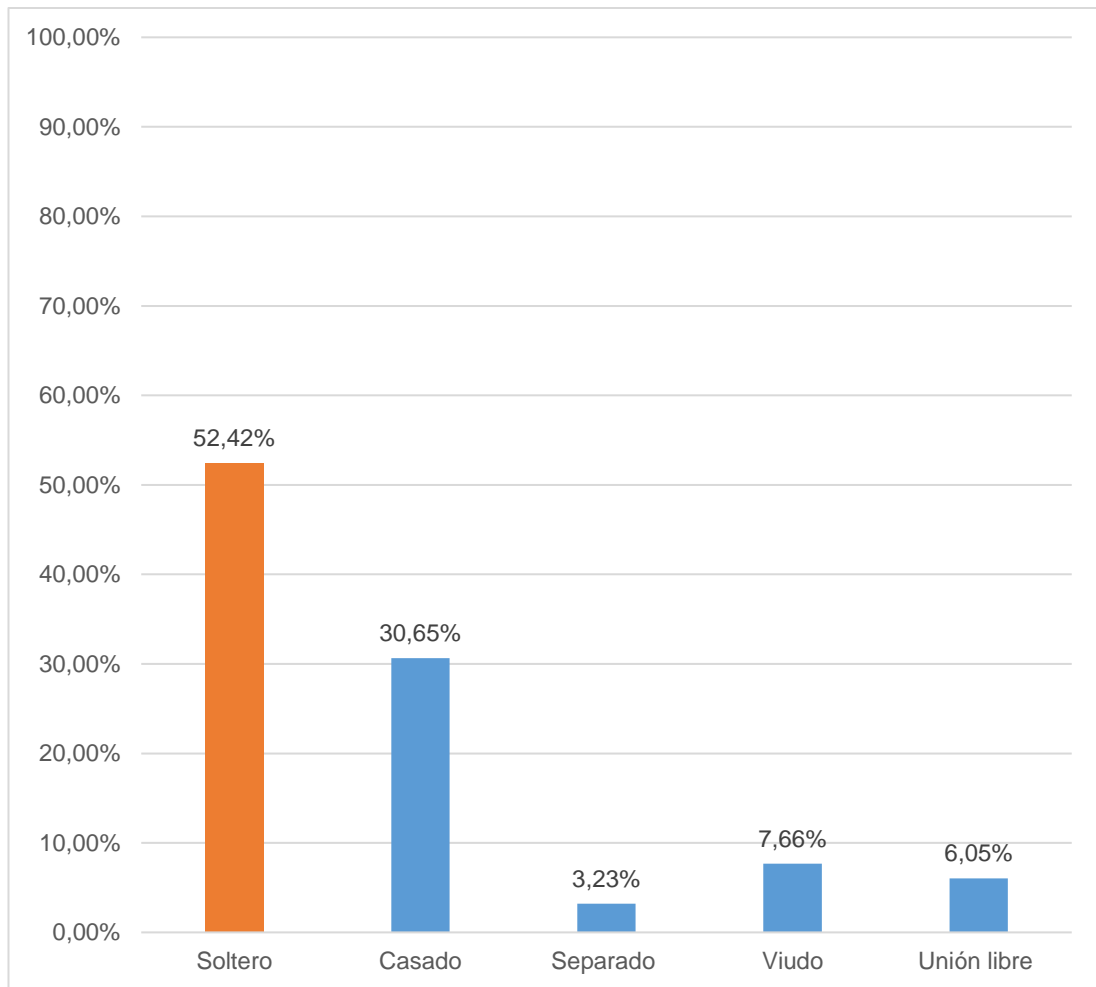
Fuente: *Observación indirecta a pacientes del área de cuidados paliativos.*
Elaborado por: *Jarrin Giler Fiorella María - Loza Pacheco María Gabriela*

Análisis:

A través de la revisión de las historias clínicas, también se constató que el 97,58% reside en zonas urbanas. Es evidente que la mayoría proviene de sectores en que tienen un mayor acceso a la atención de salud, mientras que un grupo restante minoritario, residen en sectores que posiblemente no se desarrollan programas de salud, que promuevan el autocuidado y las medidas de prevención.

Figura No. 5

Estado civil

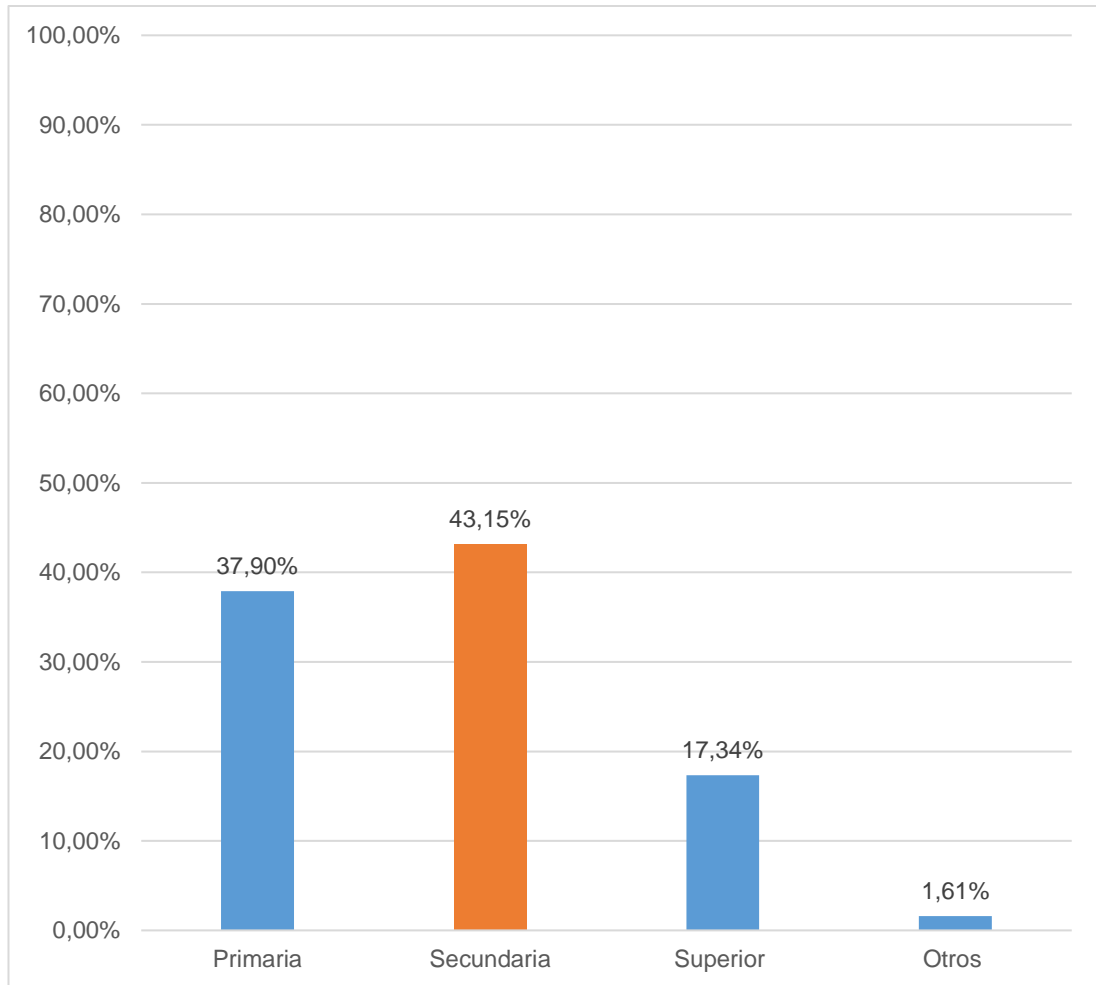


Fuente: *Observación indirecta a pacientes del área de cuidados paliativos.*
Elaborado por: *Jarrin Giler Fiorella María - Loza Pacheco María Gabriela*

Análisis:

En cuanto al estado civil, se puede observar que el 52,42% de los pacientes que están en el área de cuidados paliativos, son solteros. En base a esta evidencia, se puede agregar que los pacientes al ser solteros no cuentan con el apoyo por parte de una pareja, es decir que solo cuentan con la ayuda de sus familiares; por lo tanto, el personal de enfermería debe desarrollar sus actividades educativas a los familiares, para que puedan dar el apoyo psicológico y emocional que necesitan estos pacientes para sobrellevar esta etapa.

Figura No. 6
Nivel de educación

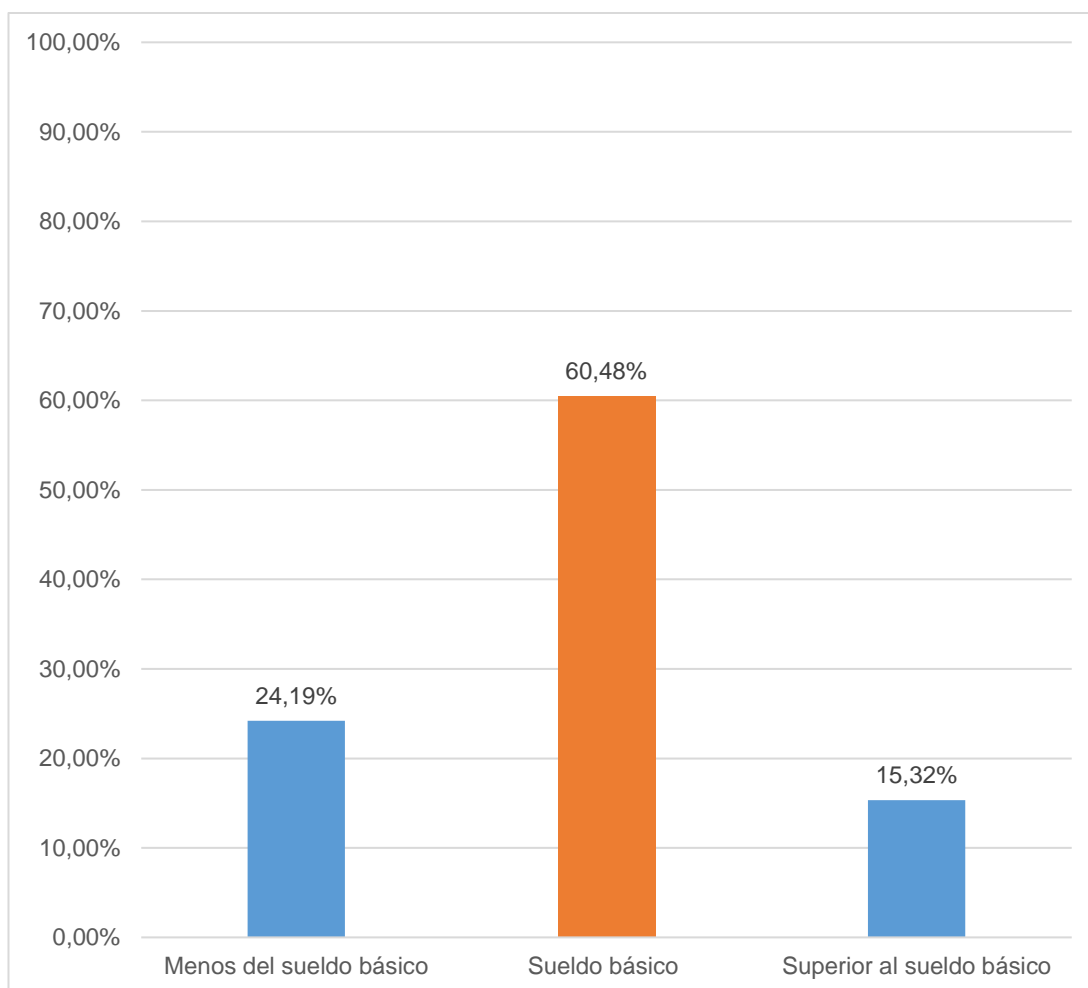


Fuente: Observación indirecta a pacientes del área de cuidados paliativos.
Elaborado por: Jarrin Giler Fiorella María - Loza Pacheco María Gabriela

Análisis:

Con relación al nivel de educación, es evidente que el 43,15% de los pacientes del área de cuidados paliativos, tienen una instrucción secundaria. A pesar de que un grupo mayoritario de pacientes, presentan un nivel de instrucción secundario, existen otros que tienen un nivel primario; lo que posiblemente pueda incidir en su autocuidado, debido a que, por su nivel educativo, no poseen conocimiento sobre la responsabilidad de llevar los cuidados y hábitos saludables.

Figura No. 7
Nivel socioeconómico

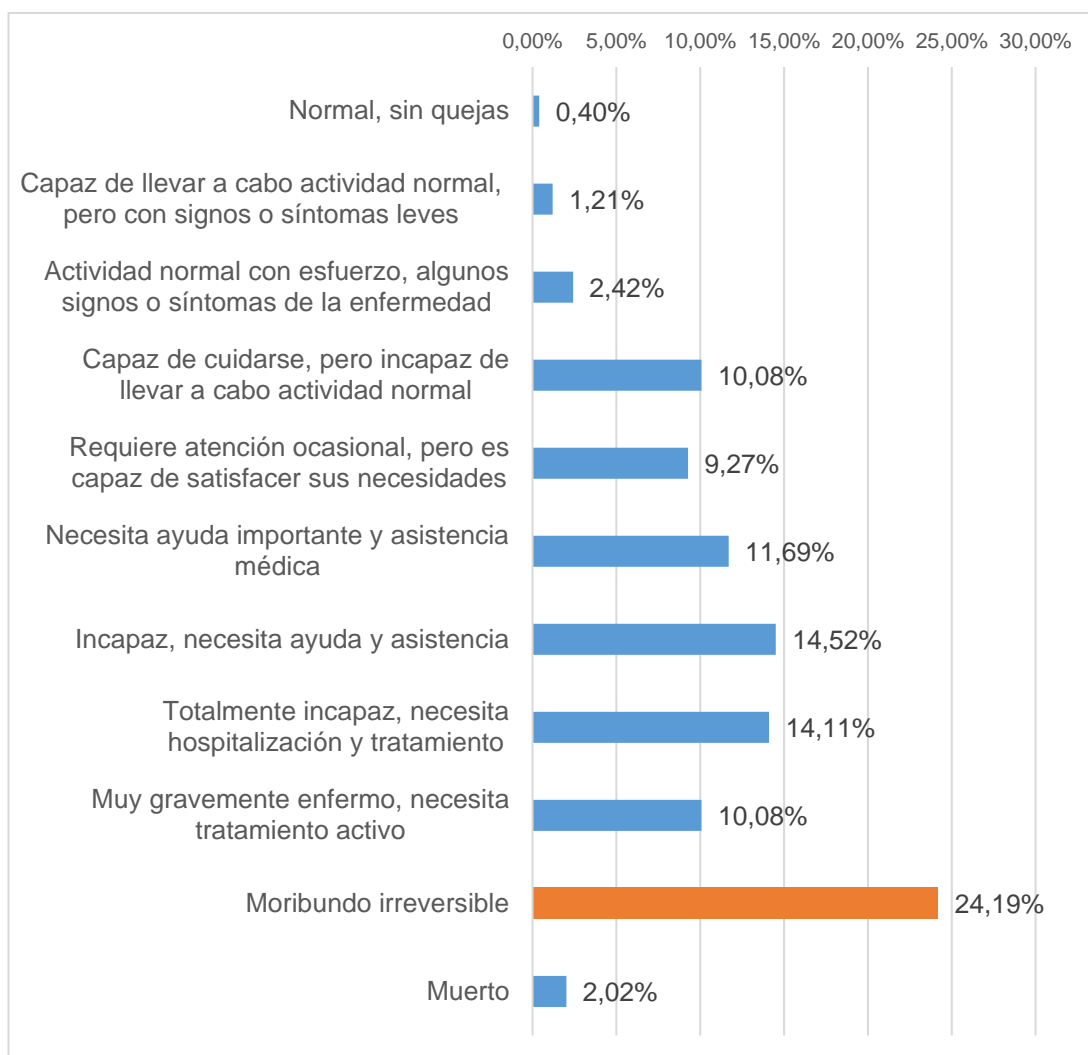


Fuente: *Observación indirecta a pacientes del área de cuidados paliativos.*
Elaborado por: *Jarrin Giler Fiorella María - Loza Pacheco María Gabriela*

Análisis:

Al revisar los datos referentes a los ingresos económicos, es evidente que el 60,48% de los pacientes recibe un sueldo básico. Por otra parte, también se constata que existe un grupo considerable de pacientes que recibe un ingreso menor al sueldo básico, por lo tanto, no pueden solventar sus necesidades, como es el caso de los medicamentos para lograr una mejor calidad de vida.

Figura No. 8
Valoración mediante Escala de Karnofsky

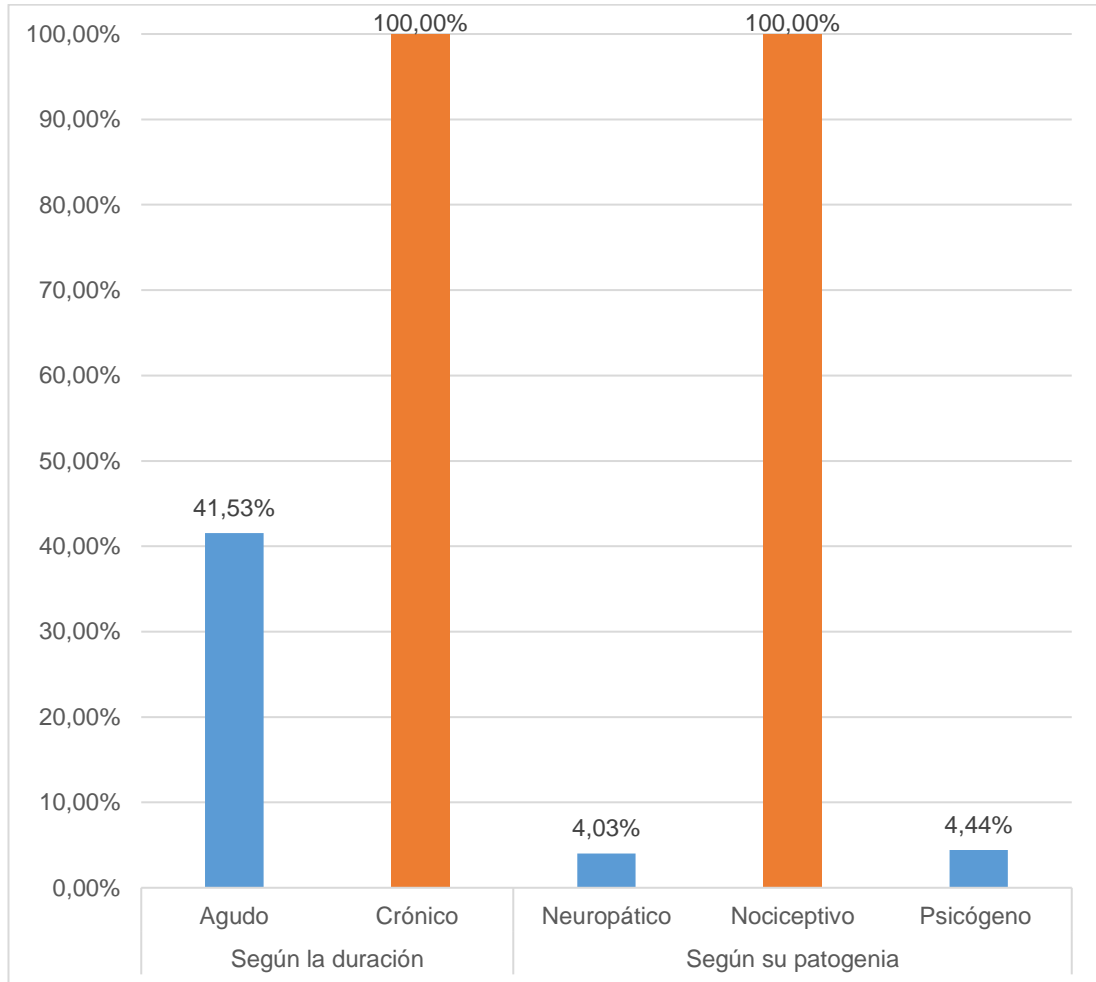


Fuente: Observación indirecta a pacientes del área de cuidados paliativos.
Elaborado por: Jarrin Giler Fiorella María - Loza Pacheco María Gabriela

Análisis:

De acuerdo con la observación indirecta desarrollada se puede determinar que el 24,19% de los pacientes del área de cuidados paliativos se encuentran en estado moribundo irreversible. Cabe destacar que esta escala permite evaluar el estado funcional de los pacientes con enfermedades avanzadas, por ende, permite conocer que estos pacientes no pueden tolerar terapias agresivas, por lo tanto, la atención del personal de enfermería se centra en el control de síntomas y cuidados de apoyo, tanto para los pacientes como también para sus familiares.

Figura No. 9
Tipos de dolor

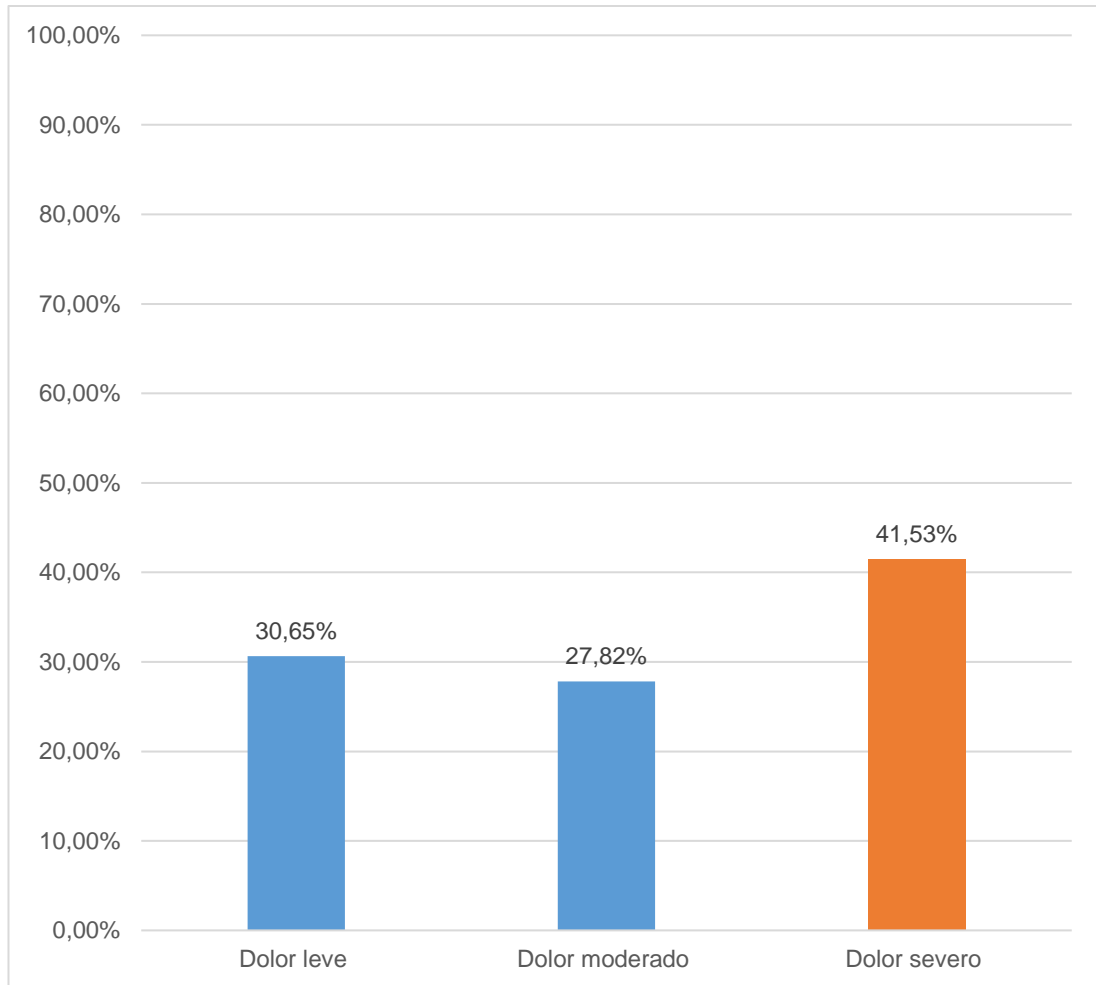


Fuente: Observación indirecta a pacientes del área de cuidados paliativos.
Elaborado por: Jarrin Giler Fiorella María - Loza Pacheco María Gabriela

Análisis:

Con relación al tipo de dolor, a través de la observación indirecta se pudo constatar que de acuerdo con la duración el 100% de los pacientes de esta área presentaba un dolor crónico, mientras que, según la patogenia, el 100% presentaba un dolor nociceptivo. Es decir que los pacientes presentan dolores crónicos en estructuras como músculo, tendones, articulaciones, ligamentos y huesos; lo que posiblemente pueda ser como consecuencia misma de su etapa terminal.

Figura No. 10
Valoración del Dolor mediante Escala EVA



Fuente: *Observación indirecta a pacientes del área de cuidados paliativos.*
Elaborado por: *Jarrin Giler Fiorella María - Loza Pacheco María Gabriela*

Análisis:

En la población estudio, pacientes del área de cuidados paliativos, se valoró a través de la Escala de Eva, para medir la intensidad del dolor que describían los mismo, en donde se establece que un gran grupo presentaba dolor severo, estos representaban el 41,53% de la población en estudio, es decir que perciben el dolor más fuerte. Esto demuestra que la mayoría de los pacientes se encuentran en un inicio con valores de un dolor severo durante su estancia en el área de cuidados paliativos.

5. Discusión

En la revisión de otros estudios sobre las características sociodemográficas de pacientes atendidos en las áreas de cuidados paliativos, se puede evidenciar que en la investigación de Martínez y Cruz (18), que el 50% de los pacientes tenía una edad de 59 años y el 62% eran de género femenino. Así mismo, Pelayo y otros (17), indican entre sus hallazgos que el 54% de los pacientes atendidos en los cuidados paliativos, eran hombres, de los cuales el 60% tenía una edad superior a los 60 años.

Estos resultados poseen cierta similitud con los hallazgos del presente estudio, debido a que se determinó que el 50,40% de los pacientes tenía una edad superior a 58 años, el 59,68% eran de sexo mujer, el 98,79% eran de etnia mestiza, el 97,58% reside en áreas urbanas, el 52,42% es de estado civil soltero, el 43,15% tuvo un nivel de educación secundario y el 60,48% tuvo un nivel socioeconómico en el que recibió sueldo básico.

En base a estos hallazgos, es evidente que las características sociodemográficas también pueden tener un papel importante en este tipo de pacientes, por ende, los profesionales de salud deben abordar las barreras que se puedan presentar en la atención, con relación a la edad, el género, el nivel socioeconómico o el nivel educativo, para adoptar una atención centrada en que los pacientes reciban una mejor calidad de vida posible en las áreas de cuidados paliativos.

En cuanto a la valoración realizada a través de la Escala de Karnofsky, se pudo observar que en el estudio de publicado por Vila y otros (13), se indica que el 73,9% de los pacientes tenía un nivel menor a 30%, debido a su incapacidad, se les aconseja hospitalización; Hagarty y otros (14), afirma en su investigación que el 45% de los pacientes presentaba incapacidad, por lo que necesitaba ayuda y asistencia, mientras que el 55% restante necesitaba ayuda importante y asistencia médica.

Esto se contrasta con la presente investigación, debido a que el 24,19% de los pacientes del área de cuidados paliativos, presentó un nivel de puntuación de 10, es decir de moribundo irreversible. Es evidente los diferentes estados funcionales que se pueden llegar a determinar en los pacientes, por lo tanto se demuestra que la Escala de Karnofsky es una herramienta valiosa que ayuda a los profesionales de la salud, a tomar decisiones importantes con relación al manejo de los síntomas y la provisión de atención para los pacientes; por tanto, es necesario que se desarrolle continuamente para conocer la evaluación o el progreso de la enfermedad de los pacientes, para ajustar los planes de tratamiento según sea necesario.

Referente a los tipos de dolor, se pudo constatar en investigaciones, como la de Pelayo y otros (17), en donde señala que el 57% de los pacientes, presentaron dolor crónico, lo cual interfirió en su estado de ánimo y el desarrollo de otras actividades diarias. Por otra parte, en la investigación de Martínez y Cruz (18), se afirma que el 41% de los pacientes presentaron dolor mixto, es decir que fue tanto somático como neuropático. Mientras que, en la presente investigación, se constató a través de la observación indirecta que el 100% de los pacientes presentaba según la duración un dolor crónico y según su patogenia, tenía el 100% un dolor nociceptivo.

Frente a estos resultados, resulta evidente que el diagnóstico del dolor en los pacientes del área de cuidados paliativos es importante, por lo que se debe contar con herramientas que permitan conocer la ubicación del dolor, la frecuencia, la duración y su impacto; lo cual sirve para que los profesionales de salud, puedan desarrollar planes de tratamiento que pueden incluir intervenciones farmacológicas, para disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

En la aplicación de la Escala de EVA, se identificó en otras investigaciones, como la que fue desarrollada por Martínez y Cruz (18), en donde señalan que el 83% de los pacientes presentó dolor crónico con una intensidad media. Pelayo y otros (17), indican que el 57% de los pacientes, presentó una puntuación de 3,14 a través de esta escala, es decir que presentaron dolores

crónicos. Mientras que, en la presente investigación, fue evidente que el 41,53% de los pacientes del área de cuidados paliativos, de acuerdo a la Escala de Eva presentaban un dolor severo.

Ante estos hallazgos, se puede denotar la importancia de la utilidad de esta escala que permite conocer el nivel de dolor que presentan los pacientes con estas enfermedades avanzadas, ayudando al personal de salud a identificar los cambios en el dolor o en la intensidad de los síntomas que tienen, para así poder establecer el tratamiento para aplacar su dolor durante esta etapa. Esto puede ayudar a mejorar la satisfacción del paciente y su compromiso con su propio cuidado, lo que puede tener un impacto positivo en su calidad de vida en general.

6. Conclusiones

* Los hallazgos permiten evidenciar las características sociodemográficas que predominan en los pacientes atendidos en el área de cuidados paliativos, identificándose que en su mayoría tenían una edad superior a 58 años, de sexo mujer, de etnia mestiza, que reside en áreas urbanas, de estado civil soltero, que alcanzaron un nivel de educación secundario y que, de acuerdo con su nivel socioeconómico, reciben el sueldo básico.

* En cuanto a la valoración realizada a través de la Escala de Karnofsky, en los pacientes de esta institución hospitalaria, existe un grupo considerable de pacientes que sacaron una puntuación de 10, es decir que se catalogan como “moribundo irreversible”; además se evidencia su utilidad para la evaluación del progreso de la enfermedad de los pacientes durante su estancia en esta área.

* Con relación a los tipos de dolor que se manifiestan en los pacientes en etapa terminal del área de cuidados paliativos, se describe que, en su totalidad, los pacientes de acuerdo con la duración presentaban dolor crónico y de acuerdo a la patogenia, tuvieron dolor nociceptivo, lo que sirvió para que el personal de salud pueda establecer planes de tratamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

* A través de la Escala Analógica Visual, se pudieron establecer los parámetros de dolor que presentan con mayor frecuencia los pacientes en etapa terminal del área de cuidados paliativos, distinguiéndose que hubo un predominio de paciente con un dolor severo, lo cual permitirá al profesional de enfermería poder establecer los tratamientos adecuados para paliar los dolores durante esta etapa.

7. Recomendaciones

Determinar las características de los pacientes en etapa terminal, para evaluar sus necesidades, ya que al tener un criterio global será más factible la comprensión de la realidad del enfermo paliativo, lo que como profesional de enfermería incentiva a tener un conocimiento amplio que garanticen un cuidado integral basado en fundamento científico y la experiencia.

Enfatizar en la importancia del uso de la Escala de Karnofsky y la Escala de EVA en el área de Cuidados Paliativos dentro de la valoración del progreso de su enfermedad y el dolor, con la finalidad de lograr brindar una atención de calidad en la etapa final de vida.

Realizar constantemente capacitaciones con relación a cuidados paliativos independientemente del ámbito asistencial, para desarrollar habilidades y destrezas, disminuyendo el sufrimiento que atraviesa el paciente, mejorando la comunicación efectiva y su calidad de vida.

Contar con la capacitación continua del personal de enfermería dentro del área de cuidados paliativos, para la aplicación adecuada de estas herramientas para que su uso sea rutinario y genere resultados significativos en la identificación de necesidades y manejos específicos en el contexto paliativo.

8. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2022 [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. National Cancer Institute. Cancer Staging. 2022;1(1). Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>
4. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2018 [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
5. Peñaloza A, Contreras K, Beltrán G, Michilena B. Conocimientos de enfermería: manejo del dolor. Rev Científica Conecta Lib ISSN 2661-6904. 30 de agosto de 2018;2(2):26-35.
6. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson IJ, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. Lancet Glob Health. julio de 2019;7(7):e883-92.
7. World Health Organization. Assessment of palliative care integration into the primary health care system of indonesia. 2022; Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/indonesia/procurement/invitation-rfp-149-2022.pdf?sfvrsn=884e5ca6_1
8. Pastrana T, De Lima L, Stoltenberg M, Peters H. Palliative Medicine Specialization in Latin America: A Comparative Analysis. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2021 [citado 1 de noviembre de 2022];62(5). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392421003146>
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tratamiento del dolor oncológico en adultos. 2017; Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/GPC_dolor_oncologico_adultos_-2017.pdf

10. Blanco M. Dolor oncológico: valoración y tratamiento [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/dolor-oncologico-valoracion-tratamiento/>
11. Asuar M. Valoración del dolor en pacientes intervenidos quirúrgicamente. 2017;16(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365849076016.pdf>
12. Perera J, Candelas R, Chacón R, Morizot G, López F. Prevalencia y enfoque terapéutico del dolor agudo en urgencias brindado por la enfermería de triaje. Aquichan [Internet]. 2019 [citado 7 de noviembre de 2022];19(4). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7223950>
13. Vila Arias JM, Pereira Santelesforo S, Lopez Alvarez E, Mendez Muñoz M, Guzmán Gutierrez J, Sanmartín Moreira J. Utilidad del Palliative Performance Scale v2 para la estimación de supervivencia en enfermos con cáncer avanzado. Med Paliativa [Internet]. 2018 [citado 29 de marzo de 2023];19(4). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-utilidad-del-palliative-performance-scale-S1134248X12000225>
14. Hagarty AM, Bush SH, Talarico R, Lapenskie J, Tanuseputro P. Dolor severo al final de la vida: un estudio observacional a nivel poblacional. BMC Palliat Care [Internet]. 2020 [citado 7 de noviembre de 2022];19(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00569-2>
15. Pedraza-Rodríguez EM, González-Velázquez VE, Medina-Morales JI, Rodríguez-Rodríguez LL. Caracterización clínica del dolor y la calidad de vida en pacientes con tumores malignos. Univ Médica Pinareña. 19 de marzo de 2019;15(2):233-41.
16. González S. Dolor en el paciente oncológico y terminal. 2021;1.
17. Pelayo R, Martínez P, Cobo J, Gándara M, Iburguren E. Evaluación del dolor y adecuación de la analgesia en pacientes en tratamiento con hemodiálisis. 2017 [citado 7 de noviembre de 2022];18(4). Disponible en: <https://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094096095096424170>

18. Martínez-Ruiz YI, Cruz-Nocelo EJ. Perfil algológico del paciente con enfermedad del sistema musculoesquelético. *Rev Mex Anesthesiol*. septiembre de 2021;44(3):166-72.
19. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2022 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
20. Purswani JM, Ohri N, Champ C. Seguimiento de pasos en oncología: ahora es el momento. *Cancer Manag Res* [Internet]. 2018 [citado 5 de diciembre de 2022];10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6080670/>
21. National Cancer Institute. Categories of Cancer. 2020;1(1). Disponible en: <https://training.seer.cancer.gov/disease/categories/>
22. National Cancer Institute. Cancer Types by Site. 2020;1(1). Disponible en: <https://training.seer.cancer.gov/disease/categories/site.html>
23. Rosen RD, Sapra A. TNM Classification. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553187/>
24. Salins N, Gursahani R, Mathur R, Iyer S, Macaden S, Simha N, et al. Definición de términos utilizados en la limitación del tratamiento y la prestación de cuidados paliativos al final de la vida: Informe de la Comisión del Consejo Indio de Investigación Médica. *Indian J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian Soc Crit Care Med*. abril de 2018;22(4):249.
25. Li Z, Aninditha T, Griene B, Francis J, Renato P, Serrie A, et al. Burden of cancer pain in developing countries: a narrative literature review. *Clin Outcomes Res CEOR*. 2 de noviembre de 2018;10:675-91.
26. Hochstenbach LMJ, Joosten EAJ, Tjan-Heijnen VCG, Janssen DJA. Actualización sobre prevalencia de dolor en pacientes con cáncer: revisión sistemática y metanálisis. *J Pain Symptom Manage*. 2017;51(6).
27. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [citado 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

28. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [citado 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
29. García-Baquero Merino MT. Cuidados paliativos: una visión a largo plazo. *Front Pharmacol* [Internet]. 2018 [citado 7 de noviembre de 2022];9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6198353/>
30. Zadka Ł, Grybowski DJ, Dzięgiel P. Modelado de la respuesta inmune en la patogénesis de tumores sólidos y su significado pronóstico. *Cell Oncol Dordr* [Internet]. 2020 [citado 5 de diciembre de 2022];43(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7363737/>
31. Langmaid S. Stages of Cancer [Internet]. WebMD. 2021 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.webmd.com/cancer/cancer-stages>
32. American Society of Clinical Oncology. Estadíos del cáncer. 2021; Disponible en: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atencion-del-cancer/diagnostico-de-cancer/estadios-del-cancer>
33. Watson J. Evaluación del dolor - Trastornos neurológicos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citado 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/ec/professional/trastornos-neurologicos/dolor/evaluacion-del-dolor>
34. Martínez Nicolás I, Saturno P. Calidad del Manejo del Dolor Crónico Oncológico: Perspectiva Global, Revisión de la Evidencia, Diseño y Validación de Indicadores. 2017;
35. Largo L, Villar C, Plou J, Domínguez A. El dolor, tipos y tratamiento [Internet]. 2018 [citado 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/el-dolor-tipos-y-tratamiento/2/>
36. Yeung AWK, Wong NSM. Las raíces históricas de la escala analógica visual en psicología según lo revelado por la espectroscopia del año de publicación de referenci. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 2019 [citado 7 de noviembre de 2022];13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6423150/>

37. Shiina K. Commentary: The Historical Roots of Visual Analog Scale in Psychology as Revealed by Reference Publication Year Spectroscopy. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 2021 [citado 7 de noviembre de 2022];15. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2021.711691>
38. Yildiz N, Süren M, Demir O, Okan İ. Validez y confiabilidad de la escala de desempeño de Karnofsky en pacientes turcos con cáncer paliativo. *Turk J Med Sci* [Internet]. 2019 [citado 18 de noviembre de 2022];49(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7018389/>
39. McNair KM, Zeitlin D, Slivka AM, Lequerica AH, Stubblefield MD. Traducción del estado funcional de Karnofsky (KPS) para su uso en la rehabilitación del cáncer en pacientes hospitalizados. *PM R*. 2021;
40. Mor V, Laliberte L, Morris JN, Wiemann M. La escala de estado funcional de Karnofsky. Un examen de su fiabilidad y validez en un entorno de investigación. *Cancer*. 2017;53(9).
41. Orujlu S, Hassankhani H, Rahmani A, Sanaat Z, Dadashzadeh A, Allahbakhshian A. Barreras para el manejo del dolor oncológico desde la perspectiva de los pacientes: un estudio cualitativo. *Nurs Open* [Internet]. 2021 [citado 7 de noviembre de 2022];9(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8685847/>
42. González Arias S, Estévez Gómez L, Estévez Cobo L. Trastornos psicológicos en pacientes oncológicos con dolor crónico. *Medicentro Electrónica*. marzo de 2019;23(1):79-81.
43. Torcal Baz M, Ventoso Mora SA, Torcal Baz M, Ventoso Mora SA. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. *Rev Clínica Med Fam* [Internet]. 2020 [citado 7 de noviembre de 2022];13(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2020000300203&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Mendoza S, Cedeño L, Cevallos E, Almeida G, Muñoz R, García G. Técnicas analgésicas para el control del dolor postoperatorio. *RECIMUNDO* [Internet]. 2019 [citado 7 de noviembre de 2022];3(1). Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/425>

45. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. 2018;1(1). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>
46. Arcuri L. La fisiología del dolor [Internet]. Default. 2022 [citado 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.physiology.org/publications/news/the-physiologist-magazine/2022/march/the-physiology-of-pain>
47. Cimpean A, David D. Los mecanismos de la tolerancia al dolor y la ansiedad relacionada con el dolor en el dolor agudo. Health Psychol Open [Internet]. 2019 [citado 7 de noviembre de 2022];6(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2055102919865161>
48. Santiago V. Verdad dolorosa: la necesidad de volver a centrar el dolor crónico en el papel funcional del dolor. J Pain Res [Internet]. 2022 [citado 7 de noviembre de 2022];15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8859280/>
49. Kela I, Kakarala CL, Hassan M, Belavadi R, Gudigopuram SVR, Raguthu CC, et al. Chronic Pain: A Complex Condition With a Multi-Tangential Approach. Cureus [Internet]. 2021 [citado 7 de noviembre de 2022];13(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8703086/>
50. Madera J. Cicely Saunders, «Dolor total» y evidencia emocional al final de la vida. Med Humanit [Internet]. 2021 [citado 7 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://mh.bmj.com/content/early/2021/05/11/medhum-2020-012107>
51. Eule C, Bhulani N, Paulk E, Rhodes R, Beg MS. Características e impacto de los estudios de oncología paliativa más citados de 1995 a 2016. BMC Cancer [Internet]. 2018 [citado 7 de noviembre de 2022];18(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5150-7>
52. Jakel P. Comprender el “dolor total” en el contexto de la atención oncológica. Oncol Nurs News [Internet]. 2022 [citado 7 de noviembre de 2022];16(2). Disponible en:

<https://www.oncnursingnews.com/view/understanding-total-pain-in-the-context-of-oncology-care>

53. Faria C, Branco V, Ferreira P, Gouveia C, Trevas S. Manejo total del dolor y una herida maligna: la importancia de la derivación temprana a cuidados paliativos. *Cureus* [Internet]. 25 de diciembre de 2021 [citado 7 de noviembre de 2022];13(12). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/80421-total-pain-management-and-a-malignant-wound-the-importance-of-early-palliative-care-referral>
54. Ngamkham S, Holden JE, Wilkie DJ. Diferencias en la localización, intensidad y calidad del dolor por patrón de dolor en pacientes ambulatorios con cáncer. *Cancer Nurs* [Internet]. 2017 [citado 11 de diciembre de 2022];34(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3703616/>
55. Ojeda González JJ. Dolor en pacientes con padecimientos oncológicos. *Rev Finlay*. diciembre de 2021;11(4):412-22.
56. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 11 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
57. Pinedo-Torres I, Intimayta-Escalante C, Jara-Cuadros D, Yañez-Camacho W, Zegarra-Lizana P, Saire-Huamán R. Asociación entre la necesidad de cuidados paliativos y enfermedades crónicas en pacientes atendidos en un hospital peruano. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2022 [citado 11 de diciembre de 2022];38. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpmesp/2021.v38n4/569-576/>
58. Ortiz G, Huerta M, Montoya GE, Cira J, Correa G. Cuidados paliativos como intervención de enfermería en los últimos días de vida: revisión sistemática. *SANUS* [Internet]. 2022 [citado 11 de diciembre de 2022];7. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/289>
59. Llerena C, Ramírez G, Morales S, Simbaña M. El rol de enfermería en cuidados paliativos: una revisión de literatura. 2022;1(1). Disponible en: <file:///D:/Documentos%20del%20sistema/Descargas/9.El+rol+de+enfermer%C3%ADa+en+cuidados+paliativos.pdf>

60. Lozano S, Juez M, Alamán L, Lisa A, Moreno M, Lozano M. Cuidados paliativos en enfermería. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 11 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-paliativos-en-enfermeria/>
61. Sánchez M, Rojas C. Manual Básico de Enfermería Paliativa. 2022;1(1). Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2022/6/Manual-Basico-de-enfermeria-paliativa.pdf>
62. Cabrera ME, Arévalo S, Irigoyen A. Cuidados Paliativos, una disciplina que humaniza la práctica médica al final de la vida: Apunt Bioét [Internet]. 2021 [citado 11 de diciembre de 2022];4(1). Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/608>
63. Ponti E, Saez N, Angeloni LS, Álvarez M, Mincone F, Cicerone F, et al. Conocimiento de Enfermería en la valoración y revisión continua de los síntomas en cuidados paliativos. Educ Médica Super [Internet]. 2019 [citado 11 de diciembre de 2022];33(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412019000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
64. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Primera. Vol. 1. Montecristi, Ecuador: Asamblea Constituyente; 2008. 216 p. Disponible en: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
65. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud. 2017; Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
66. Asamblea Nacional. Código de la niñez y adolescencia. 2013; Disponible en: <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/esteas-06-Codigo-de-la-niñez-y-adolescencia-Leyesconexas.pdf>
67. Consejo Nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida. 2018;1(1). Disponible en:

http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_ecuador_0244.pdf

68. Yildiz N, Suren M, Demir O, Okan İ. Karnofsky Performance Scale validity and reliability of Turkish palliative cancer patients. Turk J Med Sci [Internet]. 2019 [citado 1 de noviembre de 2022];49(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7018389/>
69. Freyd M. The Graphic Rating Scale. J Educ Psychol. 1923;14.

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física



Certificado No EC SG 2018002043

Tel.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 15 de diciembre del 2022

Señoritas:

Jarrin Giler Fiorella María.

Loza Pacheco María Gabriela.

Estudiantes de la Carrera de Enfermería

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez comunico a ustedes que su tema presentado: **“Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022.”**, ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Julia garrido.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lda. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Cc: Archivo



SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DEL ECUADOR

CERTIFICADO

La suscrita Dra. Tannia Rivera Rivera, Jefe del Departamento de Docencia e Investigación de SOLCA, certifica que:

La base de datos anonimizada para la realización del proyecto de Investigación: "Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022;" cuyos autores son los estudiantes Jarrín Giler Fiorella María y Loza Pacheco María Gabriela, son del Sistema Informático de SOLCA Guayaquil.

Atentamente,

Dra. Tannia Rivera Rivera

Jefe. Dpto. Docencia e Investigación

Guayaquil, 02 de mayo del 2023

/Alexandra



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

Tema: Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022.

Objetivo: Determinar la valoración del dolor en los pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022.

Instrucciones: Seleccione el literal que mencione el encuestado

1. Edad

18 a 22 años	<input type="checkbox"/>
23 a 27 años	<input type="checkbox"/>
28 a 32 años	<input type="checkbox"/>
33 a 37 años	<input type="checkbox"/>
38 a 42 años	<input type="checkbox"/>
43 a 47 años	<input type="checkbox"/>
48 a 52 años	<input type="checkbox"/>
53 a 57 años	<input type="checkbox"/>
Más de 58 años	<input type="checkbox"/>

2. Sexo

Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>

3. Etnia

Blanca	<input type="checkbox"/>
Afrodescendiente	<input type="checkbox"/>
Mestiza	<input type="checkbox"/>
Indígena	<input type="checkbox"/>

4. Residencia

Urbano

Rural

5. Estado civil

Soltero

Casado

Separado

Viudo

Unión libre

6. Nivel de educación

Primaria

Secundaria

Superior

Otros

7. Nivel socioeconómico

Menos del sueldo básico

Sueldo básico

Superior al sueldo básico

8. Tipo de dolor

a. Según la duración:

Agudo

Crónico

b. Según su patogenia:

Neuropático

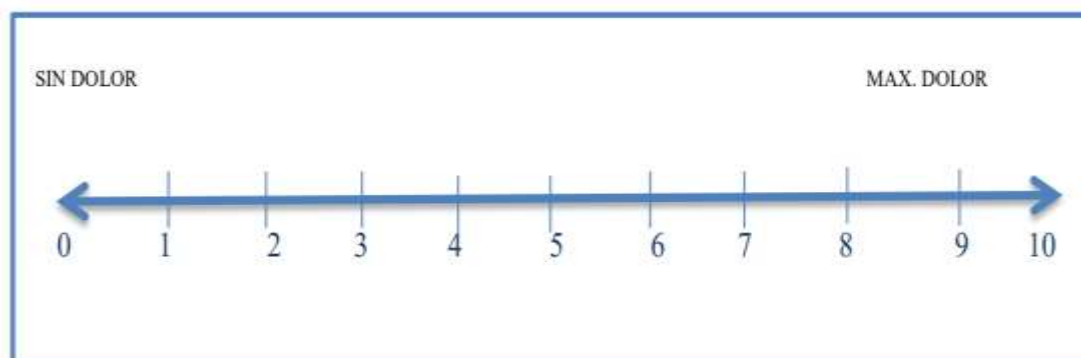
Nociceptivo

Psicógeno

ESCALA DE KARNOFSKY

Puntuación	Situación clínico-funcional
100	Normal, sin quejas
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal, pero con signos o síntomas leves
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de la enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer sus necesidades
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo
10	Moribundo irreversible
0	Muerto

ESCALA DE EVA



Puntos:

1. Dolor leve si presenta menos de 3 puntos
2. Dolor moderado si puntúa entre 4 - 7 puntos
3. Dolor severo si la puntuación es igual o mayor a 8 puntos



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Jarrin Giler Fiorella María**, con C.C: # **0923538854** autora del trabajo de titulación: **Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de mayo del 2023

f. _____

Jarrin Giler Fiorella María

C.C: 0923538854



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Loza Pacheco María Gabriela**, con C.C: # **0922413455** autora del trabajo de titulación: **Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de mayo del 2023

f. María Gabriela Loza

Loza Pacheco María Gabriela

C.C: 0922413455



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Valoración del dolor en pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022.		
AUTOR(ES)	Jarrin Giler Fiorella María Loza Pacheco María Gabriela		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Garrido, Julia Yndeliria. Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de mayo del 2023	No. DE PÁGINAS:	70
ÁREAS TEMÁTICAS:	Enfermedades crónicas y degenerativas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Valoración, dolor, etapa terminal, pacientes, cuidados paliativos, cáncer.		
RESUMEN:	<p>La valoración del dolor en pacientes en etapa terminal es importante, debido a que permite establecer los procedimientos y las medidas necesarias, para mitigar el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo espiritual y psicológico durante esta etapa. Objetivo: Determinar la valoración del dolor en los pacientes en etapa terminal que asisten al área de cuidados paliativos de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, Año 2022. Metodología: descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal. Población: 248 pacientes del área de cuidados paliativos que cumplen con criterios de inclusión. Técnica: Observación indirecta, Instrumento: Matriz de Observación indirecta, Escala de Karnofsky (68) y Escala de EVA. Resultados: Entre las características predominaron los pacientes de más de 58 años (50,40%), de sexo mujer (59,68%), mestizos (98,79%), de residencia urbana (97,58%), de estado civil solteros (52,42%), con un nivel de educación secundario (43,15%) y que reciben sueldo básico (60,48%); en cuanto a la Escala de Karnofsky el 24,19% son considerados moribundos irreversibles. De acuerdo con la duración presentan dolor crónico (100,00%) y según la patogenia, el dolor es nociceptivo (100,00%); a través de la Escala de EVA, presentan dolor severo (41,53%). Conclusión: La mayoría de los pacientes que fueron atendidos en el área de cuidados paliativos, presentaron dolor severo y algunos casos se clasificaron como moribundos irreversibles; por lo que el uso de estas escalas permite predecir la supervivencia de los pacientes y establecer los tratamientos para contrarrestar el dolor y mejorar la calidad de vida durante su etapa terminal.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 096 368 2635 098 369 8086	E-mail: fiorella.jarrin@cu.ucsg.edu.ec maria.loza03@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc Teléfono: +593-993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			